



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# O Papel da Liderança Intermédia para Consolidação das Fusões Hospitalares

## Estudo de caso no Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Autor: Dália Maria Freitas Oliveira

Orientador: Professor Doutor Albino Lopes

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
em MPA – ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

---

## AGRADECIMENTOS

Finda esta etapa da dissertação do MPA - Administração Pública, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, expresso o meu profundo agradecimento a todos os que contribuíram para este projecto de investigação.

Agradeço ao Professor Doutor Albino Lopes, orientador do trabalho, por todo o apoio, disponibilidade e orientação na procura de perguntas e respostas.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que tem fomentado a procura de mais conhecimento para uma intervenção mais efectiva dos seus profissionais.

Ao Prof. Doutor Mendes de Almeida, pela disponibilidade, criatividade e estímulo; agradeço também o seu exemplo de liderança natural.

À Dra. Lenise Parreira, pelo incentivo, capacidade crítica e presença continua.

À Dra. Jelena Pajic Cassiano Neves, pela disponibilidade e incentivo.

Aos meus amigos Paula Rodrigues, Aida e Joaquim Paulo Cerqueira, pela ajuda na crítica e pelo apoio logístico tão necessário, na certeza de estarem comigo.

À Lisete Martins, pela disponibilidade e esforço.

À minha mãe, pelo rochedo que é na minha vida, pela força e incentivo.

Ao Manel, pelo companheirismo que soube fazer sentir, pelo apoio e presença, pela paciência e disponibilidade.

---

## RESUMO

Em Portugal nas últimas décadas tem-se assistido a um processo consecutivo de reorganização dos hospitais públicos, enquadrado pela perspectiva gestionária do *New Public Management*. A criação massiva de centros hospitalares representou um processo de mudança profunda, consubstanciado na fusão de organizações. O Centro Hospitalar de Lisboa Norte foi criado neste contexto e envolveu dois hospitais com características técnicas e culturas organizacionais diferentes. As fusões hospitalares têm implicado que os diferentes hospitais se adaptem e conjuguem entre si, levando com frequência à conversão e alteração do seu perfil de actuação ou mesmo ao seu encerramento. Mudanças profundas desta natureza, são com frequência impostas externamente e executadas pela liderança de topo. Da revisão da literatura efectuada ficou patente que para o sucesso destes processos, é factor crítico a intervenção da liderança intermédia, na qualidade de intérprete e transmissora das culturas, bem como mediadora entre o topo e as bases. A presente investigação procurou conhecer a percepção que os líderes intermédios cirúrgicos tiveram sobre a criação do Centro Hospitalar e posteriormente do processo de fusão dos seus serviços de Cirurgia Geral. Configurou um estudo de caso, no qual foram descritos os processos de fusão, realizada uma análise quantitativa de resultados de actividade assistencial, custos e recursos humanos, bem como entrevistas semi-directivas, tratadas através de análise de conteúdo. Concluiu-se que a percepção sobre a fusão inicial não foi favorável, contrastando com a fusão da Cirurgia Geral, que obteve o alinhamento dos líderes intermédios relativamente ao seu planeamento e execução.

Palavras chave: Fusões hospitalares; Liderança Intermédia; Cultura Organizacional; Estudo de Caso

---

## ABSTRACT

During the last decades, Portugal went through a consecutive process of public hospitals reorganization according to a management perspective known as *New Public Management*. In a process of profound change, the massive creation of hospital groups was concomitant with organizational fusion. In this context, the Centro Hospitalar de Lisboa Norte was created through the merger of two hospitals with distinct technical, cultural and organizational characteristics. Hospital merger implies adaptation and conjugation between structures, frequently leading to conversion and change in their respective performance pattern and to their eventual closure. Frequently, this type of profound change is externally imposed and executed by top leadership. Literature review demonstrates that success of such a process is critically dependent on intermediate leadership intervention, mainly as a cultural interpreter and transmitter as well as a mediator between top and lower organizational levels. The current investigation tried to evaluate surgical intermediate level leaders perception on the Hospital group creation and posterior Surgical services merger. It is based on a case-study in which the merging process was described through an quantitative analysis of clinical activity results, costs and human resources. The study method used includes semi-directed interviews subsequently evaluated by content analysis. The observed results indicate that initial perception on the merger was unfavorable, but, conversely, General Surgery merger was approved by the intermediate leaders mostly due to an approval of it's planning and execution.

Key-words: Hospital merger; Intermediate leadership; Organizational culture; Case-study

---

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Tema de investigação	1
1.1.1. Problema	1
1.2. Relevância	3
1.3. Objectivos	4
1.4. Estrutura do trabalho	5
2. REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1. Teoria das organizações	7
2.1.1. Aplicação dos vários modelos aos hospitais	15
2.2. A cultura das organizações	15
2.3. A Mudança organizacional	19
2.3.1. Fusões e aquisições	20
2.3.2. Fusões hospitalares	23
2.3.3. A Criação de centros e grupos hospitalares	25
2.3.4. Falhas das fusões	25
2.4. Liderança	27
2.4.1. As lideranças médicas	29
2.4.2. Caracterização da Liderança Intermédia	30

---

2.4.3.	Liderança intermédia em processos de mudança	32
3.	MODELO DE ANÁLISE	35
3.1.	Metodologia	38
3.1.1.	Estudo de caso	39
3.1.2.	Entrevista semi-directiva	41
3.1.3.	A análise de conteúdo	45
3.2.	Caracterização dos Processos de Fusão	48
3.2.1.	Fusão Hospitalar, a Criação do Centro Hospitalar de Lisboa Norte	48
3.2.2.	Processo de Fusão dos Serviços de Cirurgia Geral	51
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	58
4.1.	Análise de Resultados	58
4.1.1.	Análise de Informação Quantitativa de Actividade Assistencial de Custos e Recursos Humanos	58
4.1.2.	Resultados das Entrevistas	62
4.1.2.1.	Fusão Hospitalar	62
4.1.2.2.	Fusão dos Serviços Assistenciais	66
4.2.	Discussão de resultados	78
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
6.	BIBLIOGRAFIA	99
7.	ANEXOS	108

---

## LISTA DE TABELAS

TABELA I - APLICABILIDADE DO MODELO BUROCRÁTICO À ACTUALIDADE	9
TABELA II- CARACTERÍSTICAS DOS GRAUS DE INTEGRAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL	16
TABELA III - CARACTERIZAÇÃO DAS DIFERENTES FASES DAS FUSÕES	22
TABELA IV - CARACTERÍSTICAS DOS LÍDERES CIRÚRGICOS SEGUNDO ROTHMUND	30
TABELA V- CARACTERÍSTICAS DOS PAPEIS DOS LÍDERES INTERMÉDIOS SEGUNDO EMBERTSON	32
TABELA VI- ESTILOS DE LIDERANÇA EM PROCESSOS DE MUDANÇA	32
TABELA VII- INTEGRAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS POR BENNIS COM AS ETAPAS PRECONIZADAS POR SCHEIN	37
TABELA VIII - TIPOS DE ESTUDOS DE CASOS SEGUNDO COUTINHO E CHAVES	40
TABELA IX- INDICADORES DE INTERNAMENTO ENTRE 2010 E 2014	59
TABELA X- NÚMERO DE MÉDICOS POR ETC, E HORAS EXTRAORDINÁRIAS	62
TABELA XI- RESUMO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DA FUSÃO HOSPITALAR	65
TABELA XII- RESUMO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DA FUSÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	75
TABELA XIII- MODELO DE VALENTINO COMPARADO COM OS RESULTADOS EMPÍRICOS DA FUSÃO DE SERVIÇOS	93

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM PORTUGAL	9
--	---

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – INDICADORES DE QUALIDADE ENTRE 2010-2014	58
GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA ENTRE 2010-2014	60
GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS ENTRE 2010-2014	60
GRÁFICO 4 – ACTIVIDADE DA CONSULTA EXTERNA DE CIRURGIA GERAL ENTRE 2010-2014	61

---

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – SÍNTESE DE ESTUDOS JÁ REALIZADOS	109
ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	113
ANEXO III – ROTEIRO DE ENTREVISTAS E COMPATIBILIDADE DE DIMENSÕES DA ANÁLISE E QUESTÕES	115
ANEXO IV – INFORMAÇÃO QUANTITATIVA DE CIRURGIA GERAL	119
ANEXO V – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEMI-DIRECTIVAS	124



---

## LISTA DE SIGLAS

AP	Administração Pública
CH	Centros Hospitalares
CHLN	Centro Hospitalar de Lisboa Norte
EPE	Entidades Públicas Empresariais
HPV	Hospital de Pulido Valente
HSM	Hospital de Santa Maria
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
NHS	National Health Service
NPM	New Public Management
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PIB	Produto Interno Bruto
SA	Sociedade Anónima
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
ULS	Unidades Locais de Saúde

---

# 1.INTRODUÇÃO

## 1.1. TEMA DE INVESTIGAÇÃO

### 1.1.1. Problema

Portugal é considerado um Estado Social, do qual advêm um conjunto de direitos sociais, nomeadamente o direito à saúde, consagrado no artº. 64 da Constituição da República Portuguesa, através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se caracteriza por ser universal, geral e tendencialmente gratuito.

Podemos caracterizar o sistema de saúde português como um sistema público na medida em que é basicamente financiado por impostos e os prestadores são essencialmente públicos.

É um sector com custos muito elevados, e cujo peso face ao Produto Interno Bruto (PIB) se agravou nas últimas décadas, o que pode questionar a sua sustentabilidade. É de referir que Portugal apresenta custos com saúde superiores aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), na medida em que o PIB português é inferior à média destes países. Caso não sejam tomadas medidas, até 2050, a média dos gastos poderá duplicar (Azevedo, 2011).

Este crescimento, deve-se, do lado da oferta, à intensificação dos recursos humanos (ultra especialização e multiplicidade de profissões associadas) e tecnológicos (particularmente no que se refere aos meios de diagnóstico e terapêutica e novas terapêuticas), às formas de organização da prestação dos cuidados de saúde, e aos modelos de financiamento; do lado da procura, ao envelhecimento populacional, à prevalência de doenças crónicas com tratamentos associados muito onerosos e ao aumento das expectativas dos cidadãos.

---

Dentro do sector da saúde, o universo dos hospitais apresenta um crescimento de custos que se revela preocupante. Neste contexto, têm surgido novas filosofias de gestão que procuram alterar a estrutura hospitalar com vista à sua racionalização.

O pressuposto que a agregação de hospitais permite criar sinergias e racionalizar recursos, aumentar a eficiência, melhorar o acesso aos cuidados, melhorar a qualidade e integrar recursos hospitalares, levou à alteração do panorama nacional, tendo sido criados na última década mais de vinte centros hospitalares.

Os hospitais contribuem com uma parcela superior a 50% para a despesa pública do sector, tornando-os alvo de consecutivas reformas nos últimos vinte anos (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011). Foram criados mecanismos de contratualização na década de noventa, que procuraram introduzir maior rigor e transparência, responsabilização, descentralização, potenciando uma melhor utilização de recursos no sistema, através da criação de um novo modelo de financiamento indexado à produtividade.

No início de 2000 criaram-se mecanismos de empresarialização dos hospitais: foram constituídos os hospitais Sociedade Anónima (SA) que a partir de 2005 se transformaram em Entidades Públicas Empresariais, (EPE), o que lhes conferiu flexibilização da gestão, designadamente ao nível da contratação de recursos humanos e aquisições, de acordo com a perspectiva gestionária na linha dos pressupostos do *New Public Management*.

Simultaneamente à mudança de natureza, foram criadas novas estruturas organizacionais, designadamente as Unidades Locais de Saúde (ULS) e Centros Hospitalares (CH). As primeiras, agregam hospitais e centros de saúde e as segundas apenas hospitais.

A criação destas novas estruturas, configurou o exercício de processos de mudanças, de entre os quais, um exemplo são as fusões hospitalares. Os processos de mudança são complexos e provocam alterações mais ou menos profundas nas organizações, das quais podem decorrer rupturas que podem pôr em causa a sobrevivência das organizações, e

---

interferir com os seus profissionais. Mudanças profundas desta natureza, com cunho por vezes radical, são com frequência impostas externamente e executadas pela liderança de topo. Da revisão da literatura efectuada, ficou patente que para o sucesso destes processos, é factor crítico, a intervenção da liderança intermédia, na qualidade de intérprete e transmissora das culturas, bem como mediadora entre o topo e as bases.

As fusões hospitalares têm implicado que os diferentes hospitais que constituem os CH se adaptem e conjuguem entre si, levando com frequência à conversão e alteração do seu perfil de actuação ou mesmo ao seu encerramento. Nestes processos de fusão, normalmente os serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde são os primeiros a ser alterados, pela maior facilidade de intervenção. A dificuldade de integração dos serviços clínicos já se encontra descrita em estudos realizados, pelo que parece ser pertinente aprofundar a sua caracterização, perceber os problemas culturais associados e qual o contributo da liderança intermédia para esta situação.

Assim, surge a pergunta de base deste estudo: Como é que as lideranças intermédias percebem o processo de pós-fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN)?

## **1.2. RELEVÂNCIA**

Uma vez que, até ao momento, não se encontraram estudos que conjuguem as temáticas das fusões hospitalares e a liderança intermédia nos hospitais portugueses, esta análise parece ser pertinente, visto tratar-se de reflectir em torno de um modelo organizacional que está a ser aplicado à maioria das instituições hospitalares nacionais, para os quais não parecem existir quadros de análise e de avaliação relativos ao processo, existindo sobretudo, avaliações sobre a eficiência deste modelo organizacional.

Para a organização em análise, o CHLN, uma das maiores instituições hospitalares portuguesa, qualquer contributo científico que permita integrar novo conhecimento e melhorar o seu desempenho é bem acolhido, devendo ser apresentado ao órgão gestor.

---

### **1.3. OBJECTIVOS**

O objectivo principal é analisar a percepção das lideranças intermédias acerca do processo de fusão hospitalar. Se a maioria dos estudos realizados se preocupam com os resultados obtidos segundo este modelo organizativo, aqui pretende-se avaliar os processos e a contribuição desta liderança para os mesmos.

Deste objectivo, decorrem um conjunto de objectivos específicos que se destinam a reflectir sobre o contributo das lideranças intermédias na consolidação dos centros hospitalares, que se enunciam:

- compreender como foi recebida pelos médicos a mudança organizacional corporizada pela fusão hospitalar;
- identificar os obstáculos que se põem à integração das duas instituições hospitalares e seus serviços assistenciais;
- perceber se existiu resistência ao processo de mudança a que obedeceu a fusão;
- avaliar se foi consolidada a integração e complementaridade de serviços com as mesmas naturezas;
- perceber se foram aproveitadas as competências dos profissionais das duas instituições;
- perceber a compatibilidade dos métodos de trabalho e cultura dos serviços nos dois hospitais;
- avaliar se a fusão incrementou a segmentação e especialização funcional entre serviços com as mesmas naturezas;
- perceber se as expectativas iniciais dos profissionais se vieram a cumprir;
- perceber se a prestação de cuidados de saúde aos utentes melhorou devido à fusão.

---

#### **1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO**

O presente trabalho é composto por cinco partes.

A introdução faz o enquadramento sobre o que se propõe realizar através da problematização e da pergunta que norteia este estudo, define os objectivos gerais e específicos, e a sua relevância.

A segunda parte enquadra teoricamente os hospitais públicos, no âmbito das teorias da organização, a cultura das organizações, a mudança organizacional e as fusões como uma forma de mudança, incidindo particularmente sobre fusões hospitalares, aborda ainda as questões da liderança, dando especial destaque à liderança intermédia, e ao papel que tem para a consolidação de fusões.

A terceira parte, é metodológica, enquadra o problema e objectivos do estudo no modelo de análise, aborda teoricamente a metodologia de estudo de caso, o método de recolha de informação da entrevista semi-directiva, e da análise de conteúdo, terminando com a caracterização do caso.

Na quarta parte, procede-se à análise de informação quantitativa relativa aos Serviços de Cirurgia Geral, relativamente a actividade clínica, a custos directos e recursos humanos médicos, findando-se com a análise de conteúdo temática aplicada a entrevistas semi-directivas realizadas a líderes intermédios cirúrgicos, para obter a sua percepção sobre os processos de fusão hospitalar, finalmente neste capítulo discutem-se os resultados obtidos enquadrando-os com a abordagem teórica.

Por último, as considerações finais sintetizam o trabalho realizado e as conclusões obtidas, a sua relevância apresentando as limitações com que nos deparamos, e sugestões para próximos estudos.

---

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Da pesquisa realizada, foram encontrados estudos sobre a temática das fusões hospitalares, com particular incidência sobre as questões da eficiência e, por conseguinte, versando primordialmente sobre a vertente financeira adveniente destas mudanças, situações que se encontram vertidas na bibliografia.

É também de sublinhar que se verificou a existência de realidades diferentes no domínio das fusões, quer se trate de sistemas de saúde como os Estados Unidos da América, ou de Serviços Nacionais de Saúde típicos da Europa.

Todavia, o objecto do presente estudo centra-se primordialmente na percepção que os profissionais têm sobre o processo de fusão e as problemáticas associadas.

Os estudos encontrados até ao momento e descritos no ANEXO I, parecem ser os que respondem ao enquadramento teórico lato da problemática atrás descrita.

Fulop, Protosaltis, Hutchings, King, Allen, Normand e Walters (2002) referem que se tem investigado muito, em termos das dimensões óptimas das fusões e pouco, sobre o que acontece à fase de pós fusão e ainda menos sobre as consequências nas organizações fundidas.

Neste capítulo vão ainda ser explicitados conceitos e teorias que permitiram enquadrar a análise e discussão de resultados.

---

## **2.1. TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES**

A estrutura de uma organização para Perryman-Starkey, Asubonteng Rivers e Munchus (1999) pressupõe uma relação lógica de níveis de gestão e de áreas funcionais que são ordenadas de forma a capacitar a organização para executar a sua estratégia, interagir com o seu ambiente e consequentemente para atingir os seus objectivos.

Para Rodrigues (2011) as organizações públicas, estão confrontadas com um meio envolvente, cada vez mais exigente, com maiores e diferentes necessidades que apelam a uma governação mais complexa. A grande turbulência que caracteriza o meio envolvente torna crucial que as organizações públicas encontrem modelos de governação, que procurem o equilíbrio entre uma adaptação necessária às pressões externas e a manutenção da coesão e da eficácia do sistema organizacional.

Das diferentes tipologias de modelos da administração pública, descrevem-se seguidamente os parecem enquadrar os hospitais, enquanto organizações públicas, e que permitem igualmente contextualizar as respectivas fusões, como produto de reformas administrativas enquadradas por modelos que procuram responder às transformações sociais e económicas actuais.

### *Modelo de Administração Tradicional*

A Europa do século XIX, com a necessidade de combater as injustiças, a corrupção e de aumentar a eficiência e a eficácia na Administração Pública, fez surgir uma governação assente no modelo burocrático (Rodrigues, 2011). Este modelo defende a necessidade da separação entre as actividades da política e as da gestão como forma de racionalizar a actividade organizacional. Aprofunda-se e generaliza-se com Max Weber, que criou a teoria racional-legal. Para Weber, competia aos políticos a definição estratégica da política, ou seja dos fins, e aos administradores a implementação operacional dessas mesmas políticas, segundo as regras de boa gestão, ou seja a definição dos meios. Isto implica, responsabilidades e funções separadas. É organizado em sete atributos, três nucleares que

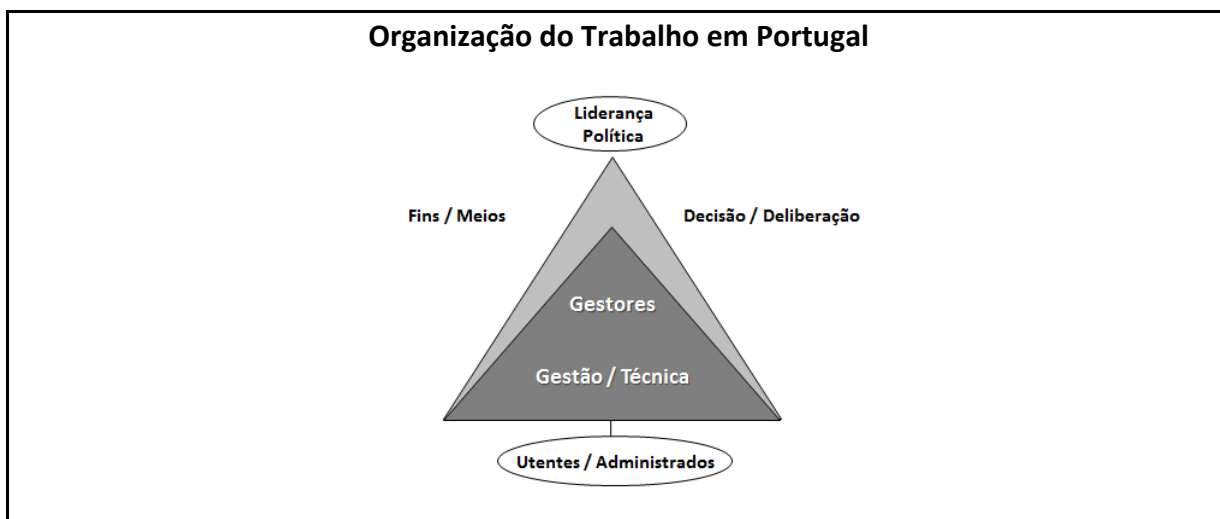


---

são (propriedade, hierarquia, e regras) e quatro práticas (atributos): o recrutamento e selecção, que assenta na impessoalidade; a avaliação de desempenho, entendida como prestação de contas, ou mesmo como transparência; a formação profissional, como modo de fazer de cada profissional um especialista; o sistema remuneratório e a carreira, com base no mérito (Rodrigues, 2011). O hospital apresenta traços salientes de uma organização burocrática (Carapinheiro, 1993).

Este modelo proporcionou uma cultura de serviço público sólida para a governação eficaz da maioria das administrações públicas, sobretudo dos países do Centro e Norte da Europa. Para Dias, Lopes e Parreira (2011) esta perspectiva situa-se na tradição europeia continental germânica. Ao ser exportado e adaptado segundo a cultura dos diversos países sofreu adaptações, que em muitos casos adulteraram os princípios originais. As características culturais de cada país influenciam, diferenciam e condicionam o desenvolvimento dos sistemas administrativos.

No caso português tudo parece indicar que não foi o modelo de Max Weber que foi transposto (Rodrigues, 2011). O modelo nacional parece apresentar disfunções potenciadas por uma gestão desenvolvida por líderes com uma cultura caracterizada por distância hierárquica, que favorece a inflexibilidade. Um outro princípio que foi adulterado na sua adaptação foi a separação da política e da administração, uma vez que a politização por via das nomeações dos dirigentes afectos ao partido que exerce o poder é uma prática constante. Na cultura das organizações portuguesas a hierarquia subordina-se à política/interesses da propriedade, pelo que a liderança parece implicar uma separação estatutária entre a administração, legitimada pela eleição, e a gestão hierárquica- direcção-geral ou equivalente, legitimada pela competência técnica. As fontes de poder de cada uma das estruturas de direcção superior, são diferentes, porque obedecem a racionalidades opostas. A racionalidade política implica decisão unipessoal, enquanto a racionalidade técnica implica a participação do colectivo técnico, para a resolução dos problemas (Rodrigues, 2011). Lopes (2011) traduziu assim a organização do trabalho em Portugal, de acordo com a Figura 1 - Organização do Trabalho em Portugal:



**Figura 1 - Organização do Trabalho em Portugal**

**Fonte:** Retirado de Lopes, 2011

Apesar das limitações do modelo burocrático, Lopes (2011) extrapola os seus pressupostos para a realidade contemporânea e apresenta algumas sugestões na sua aplicabilidade (Tabela I):

**Tabela I - Aplicabilidade do modelo burocrático à actualidade**

<b>Pressupostos do modelo burocrático de Max Weber</b>	<b>Sugestões de Aplicabilidade Actual</b>
<b>Propriedade- separação técnicos políticos</b>	Liderança versus gestão - liderar implica trabalhar com as pessoas e envolvê-las numa evolução da cultura, sem as hostilizar ameaçando o seu estatuto.
<b>Hierarquia</b>	A literacia e numeracia, criam condições para promover a auto-monitorização de desempenho, tendo como consequência a progressiva delegação de responsabilidades.
<b>Regras</b>	Primado da negociação e participação dos profissionais, validado pelo cidadão cliente.
<b>Recrutamento e Selecção- igualdade de oportunidades</b>	Materializou-se no concurso público, que poderá ser agilizado com as novas tecnologias da informação e da comunicação.
<b>Avaliação de Desempenho</b>	Dificuldade de perda de direitos e diminuição de trabalhadores na AP, o premiar o mérito impõe aumento de gastos, o que colide com tecto de <i>deficit</i> orçamental. A saída parece estar associada à capacidade de mobilização de todos mantendo-se a cultura igualitária.
<b>Formação Profissional</b>	Aproximação das escolas às organizações produtivas, sendo a área da saúde uma das poucas em que se tem conseguido transpor este princípio para a cultura portuguesa, principalmente na formação de médicos e enfermeiros.

---

De acordo com Rodrigues (2011) a criação do Estado-Providência proporcionou um aumento e diversidade de funções na estrutura da Administração Pública que provocou o aparecimento e a multiplicação de organizações fornecedoras de serviços, como os hospitais, as universidades, as escolas, os institutos públicos, as fundações entre outros. Estas organizações públicas caracterizam-se por serem constituídas essencialmente por um grande predomínio de determinados profissionais de uma só área (ex: médicos, enfermeiros, professores), fugindo às características típicas da organização clássica, no que diz respeito ao tipo de funcionários, que têm um perfil acentuado de competências técnico-científicas e não as tradicionais competências jurídico-administrativas.

Mintzberg (1995) para caracterizar estas organizações tipificou-as como “*Burocracia Profissional*”, que funciona baseada na standardização das qualificações dos profissionais que têm um longo período de formação e socialização. Quando são recrutados, já têm elevado controlo do seu trabalho, são independentes na maneira de actuarem relativamente aos seus colegas, mas mantêm proximidade com os clientes que servem. As suas normas de actuação são elaboradas fora da estrutura em associações profissionais autogeridas, às quais aderem, assumindo as regras externas às instituições. Este é um dos factores que dificulta os hospitais de recorrerem a uma formalização exaustiva do trabalho, ou a sistemas de planeamento e controlo, espartilhadores.

Para Mintzberg (1995) a linha hierárquica é muito estreita, visto não haver grande necessidade de supervisão directa; as unidades operacionais podem ser muito grandes e, dotadas de poucos dirigentes.

A burocracia profissional tem uma estrutura muito descentralizada nas dimensões horizontal e vertical (Mintzberg, 1995). O poder profissional é forte, devido a dois factores: à complexidade do trabalho- que diminui o impacto da supervisão de superiores hierárquicos, ou a standardização por parte de analistas; e à elevada procura dos seus serviços.

---

Nestas instituições, existem duas hierarquias paralelas, uma para os profissionais no sentido ascendente, e outra para as funções de apoio logístico, no sentido descendente e que tem a natureza de uma burocracia mecanicista (Mintzberg, 1995). Na hierarquia profissional, o poder reside na especialização. Na hierarquia não-profissional, o poder e o estatuto estão associados à função e não aos indivíduos.

Rodrigues (2011) sintetiza assim, que, o modelo da burocracia profissional no ambiente da Administração Pública (AP) apresenta dificuldades em racionalizar a gestão pois coexistem várias estruturas. Os principais problemas decorrem dos profissionais serem mais leais às associações profissionais, do que ao cumprimento de ordens vindas da hierarquia burocrática. A sua lógica de actuação, os seus valores e os seus objectivos não são os mesmos dos funcionários públicos tradicionais.

Lopes (2011) refere que, no contexto da sociedade do conhecimento têm sido as organizações com cariz de burocracia profissional que cultivam o primado do capital humano, criando condições culturais para a desalienação do trabalhador, promovendo-o a detentor de conhecimento indispensável ao sucesso organizacional. É nele, e não no capital económico ou na técnica, que se encontra a capacidade de inovação e de serviço. Deste modo, estas organizações criam uma cultura e valores instituintes. A gestão desta cultura pode forçar os obstáculos gerados pela implementação fora do contexto da organização burocrática do trabalho. Segundo este autor, o modelo weberiano é o que mais se identifica com o modelo da burocracia profissional, criadora de identidade profissional, e de adesão fácil aos princípios da qualidade e da excelência organizacional, indispensáveis à cultura de serviço público.

#### *Modelo da Nova Gestão Pública (New Public Management)*

Segundo Hood (1995) este modelo emerge nos anos oitenta do século XX. Para Carvalho (2001) surge num contexto em que os governos necessitam de conter os gastos públicos, diminuir os desperdícios e obterem a aprovação dos cidadãos. Mudou-se o papel do Estado e da acção das suas instituições na sociedade, passou a actuar numa “filosofia de

---

*managerialism*, ou seja, na veneração da gestão como solução para os vários problemas que assolam as organizações”(p.45)

Para Hood (1995) a filosofia da *New Public Management* (NPM) tem por base a ideologia do controlo homeostático, a definição de objectivos claros e da missão da organização, e a construção de um sistema contabilístico que responda aos seus objectivos. Araújo e Branco (2009) referem que foi introduzida uma nova racionalidade nos serviços públicos, através da intensificação de técnicas de gestão.

Ancorada nas correntes de modernização da gestão empresarial, transpõe para as organizações públicas aquilo que se consideram boas práticas de gestão em qualquer tipo de organização, seja ela pública ou privada. A NPM é abrangente e aplica-se no âmbito da contratação, da competição interna, do desempenho financeiro, alterando assim as formas de financiamento público baseado em orçamentos e fundos fixos (Rodrigues, 2011).

Hood (1995) caracteriza a NPM em sete elementos:

- 1) Mudança de organizações públicas desagregadas para unidades corporativas por cada sector público por produto, com grande delegação de poderes, com orçamentos definidos, planos de negócio, declarações de missão e autonomia de gestão;
- 2) Introdução de competição entre o sector público e o sector privado;
- 3) Utilização de práticas de gestão do sector privado no público contrariando as práticas da administração tradicional dos profissionais não qualificados serem mais bem pagos que no sector privado, e os altamente qualificados serem comparativamente mais mal pagos;
- 4) Disciplina e parcimónia na utilização dos recursos públicos, com tónica para se encontrarem alternativas para prestarem serviços públicos a baixos custos;
- 5) Aposta e responsabilização dos gestores, profissionalização da gestão;
- 6) Enfoque em padrões explícitos e mensuráveis de desempenho;

- 
- 7) Controlo das organizações públicas de forma homeostática, baseadas em medidas de resultados - remunerações de acordo com o desempenho e não com o nível educacional.

As características da administração pública reformada pela NPM segundo Pollit (2000) são: proximidade dos clientes; a avaliação de desempenho baseada nos resultados (objectivos e padrões): melhoria contínua de qualidade; emagrecimento das estruturas através da descentralização, com responsabilização dos profissionais e indução à flexibilidade e inovação; exercício do controlo de custos com recurso às novas metodologias tecnológicas e contabilísticas; sistemas de recrutamento, nomeações, promoções e remunerações baseados na performance e desempenho. Cita ainda outras linhas gerais da NPM: maior preocupação com a estratégia do que com a operacionalização; aposta na prevenção ao invés da cura; utilização de mecanismos de mercado (introdução de competição entre prestadores públicos, recurso à contratação de serviços externos, privatização de serviços); desenvolvimento de parcerias dentro do sector público, com os sectores privado e social.

Ainda Pollit (2000) baseado na literatura, nos estudos que versaram sobre as análises dos países da OCDE, sintetiza que os principais objectivos da NPM são: maior eficiência da produção, serviços públicos mais eficazes e com melhor capacidade de resposta. A sua implantação variou em função dos países e respectivos governos que tiveram diferentes estratégias de prossecução, de estabelecimento de prioridades, de estilos e métodos (Hood, 1995; Pollit, 2000). Nem todos os governos têm as mesmas capacidades para desenvolver reformas. Uma vez que os países que aderiram a este movimento reformista não partiram todos do mesmo ponto, quer no que respeita às administrações públicas, quer ao papel do Estado, em muitos países a introdução da NPM é um fenómeno superficial e limitado (Pollit, 2000).

Parece tratar-se de uma reforma de cariz pragmático e lógico, mais que uma ideologia, o que lhe confere força em termos de aplicação às diferentes nações e Estados, o que fez

---

com que políticos e dirigentes das organizações tivessem importado o pacote inteiro, sem explicitar publicamente a sua adesão a estes pressupostos (Cole e Eymeri-Douzans, 2010).

Dos estudos realizados sobre a avaliação das reformas decorrentes da NPM encontraram-se algumas limitações. Uma das questões que se levanta prende-se com a definição de resultados, como se contabilizam e monitorizam? Podem ser, por exemplo, poupanças (reduções orçamentais); melhoria de processos; melhoria de eficiência; incremento da efectividade; aumento de capacidade; flexibilidade e resiliência dos sistemas administrativos.

Pollit (2000) baseado em estudos anteriores, concluiu que esta reforma genericamente produziu os seus efeitos, designadamente, na diminuição de custos com a Administração Pública, num incremento da eficiência, numa melhoria e proximidade dos serviços aos cidadãos pela maior flexibilidade. Mas também apresentou aspectos negativos. Nem sempre os países que adoptaram mais intensivamente as linhas de actuação do NPM foram os que obtiveram melhores resultados globais, veja-se o Japão e os Estados Unidos da América, que o fizeram tenuemente.

A mudança em larga escala das organizações públicas conduz à reestruturação, da qual a fusão é um dos exemplos da filosofia da NPM (Choi et al., 2011).

Cole e Eymeri-Douzans (2010) referem que o carácter pragmático e lógico da NPM, pode ser um ponto forte, mas simultaneamente pode representar uma fraqueza. Tal como a criação de agências, também as fusões são neste âmbito justificadas por retórica gestonária, da qual a eficiência é a principal bandeira, seguida do racional da especialização, e da eliminação da redundância de hierarquias. É ainda posta acentuada tónica na redução de custos, através do enfraquecimento da burocracia, na intensificação de economias de escala e na redução de efectivos, melhor gestão de espaços e logística.

---

Para Araújo e Branco (2009) em Portugal as mudanças introduzidas pelo NPM parecem ter tido uma influência ambígua na gestão dos serviços públicos, configurando-se uma experiência semelhante em países como a França, o México e os Estados Unidos da América, onde de acordo com a literatura as reformas decorrentes se afiguraram ambíguas.

Sobre as diferentes correntes da administração pública aqui consideradas Pfiffner (2004) realiza uma confrontação teórica, sublinha que a tensão entre a Administração Pública tradicional e o NPM reflecte a tensão entre perspectiva contabilística e a eficiência.

#### **2.1.1. Aplicação dos vários modelos aos hospitais**

Os hospitais dos países com Serviços Nacionais de Saúde (SNS) enquadram-se no tipo de burocracias anteriormente citadas, sendo também organizações politizadas (Olafsson, 2008) abrangendo três domínios, da política (dos políticos), da administração (dos gestores) e de serviço (profissionais). Cada uma destas vertentes tem os seus princípios, orientações e práticas, o que se configura como um campo para potenciais conflitos.

Surgem obstáculos nos processos de mudança das burocracias profissionais, no caso do sector da saúde, porque os médicos e enfermeiros, grupos profissionais preponderantes, têm dificuldade em aceitar as decisões dos outros grupos no que se refere a condições de trabalho (Olafsson, 2008). Estes profissionais têm práticas próprias, cuja ética se interliga com exigências de qualidade. A sua lealdade ao empregador é menor que a lealdade aos pares. Quando os políticos e a administração exigem aumentos de eficiência e diminuição de custos, podem ameaçar os seus princípios éticos de actuação e as relações inter-profissionais.

### **2.2. A CULTURA DAS ORGANIZAÇÕES**

Nem todos os autores estão de acordo que exista apenas uma cultura organizacional, particularmente em organizações complexas e com marcada estratificação social (Shaw,



---

2002; Bilhim, 2009) os diferentes grupos detêm diversas culturas assentes em jogos e estratégias diferenciados. Bilhim (2009) questiona se as organizações possuem cultura ou culturas? E se possuem apenas uma cultura qual o papel das subculturas?

De acordo com este autor, a cultura dominante expressa as normas, os valores e as crenças essenciais a toda a organização e que são partilhadas por um número maior ou menor de membros. Quando se fala de cultura organizacional, está-se a referir à cultura dominante, à macro visão da cultura que confere à organização a sua personalidade distinta.

Davies, Nutley e Mannion (2000) argumentam que a cultura de uma organização não é uniforme nem coerente e, que é dinâmica. Descrevem uma escala conceptual de integração da cultura organizacional (Tabela II).

**Tabela II- Características dos graus de integração da cultura organizacional**

<b>Grau de integração cultural</b>	<b>Características</b>
<b>Integrada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de consensos nas crenças básicas</li><li>• Adequação de comportamentos à organização</li><li>• Pode existir apenas no conjunto ou ser um desejo</li></ul>
<b>Diferenciada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quando existem diferentes grupos profissionais na organização</li><li>• Quando a organização possui diversas normas e visões incompatíveis</li><li>• Criação de subculturas, mal-entendidos e conflitos</li></ul>
<b>Fragmentada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de consenso e normas</li><li>• Diferenças e incompatibilidades dentro de grupos específicos, apenas com alianças pontuais</li><li>• Oscilação entre alianças e submissão</li><li>• Ambiente marcado por Incerteza, ambiguidade e imprevisibilidade</li></ul>

Bilhim (2009) cita, Shein na sua obra intitulada *Corporate Culture and Leadership* que define a cultura organizacional como um padrão de pressupostos básicos que um dado grupo (organização) inventou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com os seus problemas de adaptação externa e de integração interna e que têm funcionado suficientemente bem para serem considerados válidos e para serem ensinados aos novos membros como o modo correcto de compreender, pensar e sentir em relação a esses problemas. Para este autor, a cultura organizacional pode ser analisada a diferentes níveis;

---

um primeiro nível diz respeito aos aspectos visíveis e tangíveis, tais como a arquitectura dos edifícios da organização, a tecnologia usada, a maneira de vestir, falar e de se comportar, chegando até às publicações dessa organização que configuram aspectos visíveis mas nem sempre decifráveis; o segundo nível relaciona-se com os valores; o terceiro nível, invisível, é representado pelos pressupostos básicos. Deste modo, importa captar as normas, os valores, e crenças que estão subjacentes à vida organizacional e que resultam dum processo mais ou menos longo de socialização e ajustamento mútuo. Assim, a cultura é um produto de aprendizagem, de experiência do grupo. É um cimento integrador de toda a organização e produto dos seus líderes formais.

Davies, Nutley e Mannion (2000) referem que esta diferenciação de níveis é muito importante nas organizações de saúde. Argumentam que os elementos associados aos artefactos visíveis são facilmente manipuláveis, enquanto as crenças e valores são resistentes a mudanças externas.

A cultura desempenha um papel crucial na manutenção da cumplicidade da estrutura orgânica, sendo um veículo para a gestão assegurar a consistência dos valores.

O estudo da cultura organizacional é uma ferramenta essencial para planear a mudança (Shaw, 2002). Diferentes definições reflectem diferentes perspectivas. Sintetiza que, para a escola das relações humanas, a cultura é o meio através do qual o trabalho dos empregados ganha sentido, confere e dá significado às experiências organizacionais. Para os estruturalistas racionais, a cultura são as crenças partilhadas da gestão de topo, sobre como se devem gerir a si próprios e aos outros. Para a teoria dos sistemas, a cultura relaciona-se com os valores, crenças e princípios implícitos, que servem como base de gestão de uma organização. A abordagem interpretativa refere-se à cultura como um fenómeno comportamental, estuda os processos através dos quais a acção social e a interacção são construídas, tendo como fim a realidade organizacional particularmente no que diz respeito ao estudo da comunicação de padrões. A abordagem teatral, foca-se no

---

desempenho das actividades, tarefas e rituais sociais para os fins da organização, a cultura organizacional é entendida como o fundamento das acções de gestão.

Os hospitais têm culturas fortes, em parte devido às exigências emocionais de terem de cuidar de doentes. Para Fulop et al. (2002) as diferenças culturais são particularmente pertinentes nas organizações profissionalizadas. Existem aspectos da cultura organizacional que são fundamentais para as organizações de saúde tais como, a atitude perante a inovação e o risco, resultados e orientação para o processo e padrões de comunicação.

Segundo Carney (2006) os valores culturais fortes estão associados a compromisso, auto-confiança, comportamento ético, são uma força motriz na organização. A cultura não é imposta, é instintiva e absorvida. Uma cultura forte, é reforçada, através do comportamento dos profissionais que a transmitem aos seus colegas. Os profissionais da área clínica, influenciam e ajudam a moldar a cultura nas organizações de saúde, particularmente os que se encontram associados a níveis de gestão intermédia, uma vez que disseminam os seus rituais, costumes e práticas.

Uma cultura forte é um recurso, permite motivação e vantagem competitiva (Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings e Normand, 2005) mas representa também uma grande responsabilidade se as crenças e assunções partilhadas interferirem com o desenvolvimento das organizações, e induzirem as pessoas a pensarem e a agirem inadequadamente. A cultura organizacional é um elemento importante para a mudança. As organizações estão intimamente ligadas aos seus padrões culturais, e isso parece ser um obstáculo à união de instituições. É mais difícil mudar a cultura de uma organização do que sistemas ou procedimentos. O ambiente cultural é importante para os gestores como forma de introdução da mudança e da integração de elementos diversos num novo universo.

Para estes autores, as diferenças culturais percebidas nas culturas formam uma barreira à fusão das organizações. Isto é muito importante uma vez que nos objectivos das

---

fusões se prevê a mudança na cultura organizacional em pelo menos uma delas. De acordo com Shaw (2002) existe muita competição nestes processos devido a diferentes estilos de trabalho, grande distanciamento entre os decisores e os operacionais, o que conduz a morosos processos de decisão, controlo centralizado de políticas, delegação do controlo de custos mas não de receitas e, informação inadequada.

### **2.3. A MUDANÇA ORGANIZACIONAL**

A mudança é uma constante das organizações actuais, devido às exigências dos mercados, à introdução de novas tecnologias e à obrigação de crescimento. Todavia a taxa de insucessos das mudanças é muito elevada podendo variar entre os 50 e 70 % (Dias, Lopes e Parreira, 2011).

Araújo e Branco (2009) baseados em estudos da literatura sobre a mudança das organizações com enfoque numa abordagem da institucionalização, perspectivam que as organizações possam ser conceptualizadas como instituições, pelo que devem ter um conjunto de regras e rotinas que devem definir claramente quem são os seus representantes e quais as suas agendas, quais as regras por que se regem, quais as sanções para os desvios quanto à estratégia estabelecida, estabelecimento de regras e protocolos para efectuar mudanças, facilitando-se desta forma a adesão a novas práticas, procedimentos e acções aos membros das organizações.

Considerou-se que existem dois tipos de mudança: a evolutiva e a radical (ou revolucionária) de acordo com Olafsson (2008). A *mudança evolutiva* ocorre quando é realizada de forma incremental por etapas. Um conjunto de mudanças evolutivas pode conduzir a mudança radical. A *mudança radical* ocorre quando a organização sofre modificações num curto período de tempo, significando eventualmente a mudança de objectivos e estratégia. Para Choi *et al.* (2011) depende da interacção entre as dinâmicas exógenas (o contexto institucional) e endógenas (os interesses, os valores, a dependência do poder, a capacidade de acção). Para a mudança ocorrer a dinâmica exógena tem que ser

---

complementada com alteração da dinâmica interna, com apoio do poder, e com capacidade para a acção.

Araújo e Branco (2009) corroboram esta perspectiva na medida em que não negam a importância da pressão para a mudança, mas a mudança absoluta parece ser rara e apenas associada a acontecimentos excepcionais e, em regra, surge associada a crises.

Uma outra caracterização dicotómica da mudança é citada por Sharyan e Jimmieson (2006) que se traduz em mudança *transformacional* (acontecimento de larga escala que implica um impacto na visão, nos processos de trabalho, e nos valores da organização) e mudança *transaccional* (evolutiva, vista como menos disruptiva, inclui a expansão de novos produtos ou serviços, o desenvolvimento ou mudança de sistemas e processos já existentes).

Quando a mudança ocorre, as organizações são confrontadas com a oposição entre os profissionais e a liderança, tem que “vender” as novas soluções e convence-los a aceitá-las (Olafsson, 2008).

De acordo com estudos anteriores, Araújo e Branco (2009) sublinham que, no processo de mudança, as organizações das burocracias tradicionais continuam com frequência a persistir nas anteriores características. Referem que os padrões dos procedimentos das organizações, condicionam a sua evolução em termos das novas formas em que se configurarão após a mudança. Este desiderato pode explicar muitas vezes porque é que apesar de processos de mudança, determinadas práticas e estruturas se perpetuam no tempo, parecem ser elementos imutáveis, perante qualquer disrupção, até porque as experiências organizacionais distintivas das organizações são por norma absorvidas na sua vivência através da sua incorporação em regras e processos formais de rotina.

### **2.3.1. Fusões e aquisições**

Olafsson (2008) baseado na literatura, define que, fusão significa que uma ou mais organizações se juntam numa única. Para Fulop *et al.* (2005) as fusões são uma forma de

---

reestruturação e estratégia para a mudança organizacional, sendo um processo com fronteiras ambíguas de início e fim, caracterizado por ser uma mudança evolutiva. Olafsson (2008) discrimina dois tipos de fusões, horizontal e vertical. A fusão horizontal junta organizações com o mesmo nível de produção ou de prestação de serviços. A fusão vertical junta organizações que estão verticalmente relacionadas na produção ou na cadeia de prestação de serviços, uma organização que produz *inputs* para outra.

Como justificação empírica para a realização das fusões, no domínio da NPM, Cole e Eymeri-Douzans (2010) referem-se a pressões exógenas (internacionais) e endógenas (locais), das quais referimos as seguintes:

- *a herança institucional*- da qual a departamentalização, figura ancestral e de longa tradição europeia, é baluarte e é uma característica arquitectónica do sector público europeu, que, desde Weber, foi caracterizada como um factor de diferenciação e especialização, deixando um legado forte na cultura das organizações públicas;
- *a moda das reformas* - resultante de *benchmarking* institucional de reformas transfronteiriças que com relativa homogeneidade, produziram narrativas políticas, e instrumentos de gestão que parecem configurar uma trajetória convergente, uma espécie de pacote que sinteticamente se baseava na criação de agências, programas orçamentais e contratação de profissionais com remunerações indexadas ao desempenho;
- *a lógica da engenharia institucional híbrida* – criação de novas formas de hibridização institucional, através da combinação de inovações resultantes de novas estruturas e práticas, justificadas pelo aumento de produtividade

No sector público, as fusões são tuteladas por um conjunto de *stakeholders*, politizados (Fulop *et al.*, 2005). Este pressuposto é relevante para organizações profissionalizadas como é o caso dos hospitais, cujas categorias profissionais têm poder e autonomia consideráveis, resistindo à mudança de comportamento profunda, como é muitas vezes necessário nas fusões. Um outro aspecto que torna difíceis as fusões no sector público, prende-se com os

múltiplos objectivos prosseguidos pelas instituições que por vezes se tornam conflitantes. São baseadas em princípios simplistas de mudança organizacional, não têm em conta as relações dinâmicas da organização e do seu contexto, nem da organização e dos indivíduos que a compõem (Fulop *et al.*, 2005).

As razões apontadas para a realização das fusões são: o efeito sinérgico, explicado pela fórmula  $2+2=5$ , conceito relacionado com o de economia de escala, ou seja, duas ou mais organizações podem ser geridas de forma mais eficiente em conjunto que separadas, combinando capacidades e recursos (Fulop *et al.*, 2002; Sidorov, 2003; Ahgren, 2008; Olafsson, 2008). Os ganhos da fusão podem ser o incremento de eficiência pela melhor utilização de recursos e por potenciarem a especialização e obtenção de excelência (Fulop *et al.*, 2002; Olafsson, 2006; Choi *et al.*, 2011). A combinação de perícias e de recursos das organizações pode melhorar a qualidade da produção ou da prestação de serviços.

Appelbaum e Gandell (2003), sistematizam as fases das fusões e propõem um modelo que minimize as falhas, que permita um maior ajustamento e que relativize o choque cultural entre as organizações (Tabela III - Caracterização das diferentes fases das fusões).

**Tabela III - Caracterização das diferentes fases das fusões**

Estadio	Caracterização	Acções
<b>Pré-fusão</b>	Estadio preparatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias culturais</li> <li>• Elaboração de planos de acção</li> <li>• Seguimento coerente dos planos</li> <li>• Comunicação de negociações</li> <li>• Anuncio final</li> </ul>
<b>Fusão</b>	Período em que a fusão é criada e são feitas as divulgações públicas, internas e externas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Execução de planos de acção</li> <li>• Comunicação da visão, direcção e mudanças aos profissionais</li> <li>• Apoio aos profissionais e transição nas equipas de trabalho</li> <li>• Responsabilização do órgão gestor e divulgação das suas acções</li> <li>• Criação de um Departamento de Recursos Humanos forte</li> <li>• Criação de metodologias de monitorização e medição</li> </ul>
<b>Pós-fusão</b>	Período em que a transição já foi realizada e a nova organização já funciona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparecer o respeito pelo passado</li> <li>• Exercer a monitorização</li> <li>• Reforçar apoio aos profissionais, particularmente no que respeita às perdas</li> <li>• Ajustamento de acções face a problemas não previstos</li> <li>• Órgão gestor e executivos devem realizar o que preconizaram</li> </ul>

---

### **2.3.2. Fusões hospitalares**

De acordo com Embertson (2006) desde a década de 90 que as organizações de saúde assistem a um crescimento das fusões, bem como a um achatamento de níveis hierárquicos dentro das organizações. A mudança nos sistemas de saúde obriga a um maior controlo das unidades operacionais, a uma padronização dos procedimentos, à eliminação de serviços e redução do número de profissionais. Surgem os grandes chavões como: gestão da qualidade total, reengenharia e melhoria contínua da qualidade.

Troels, Bogetoff e Pedersen (2010) definem fusão hospitalar como a reorganização de dois ou mais hospitais, não implicando necessariamente o encerramento de unidades, nem a criação de uma nova para substituição das antigas. Pode significar a redução de serviços numa unidade e a concentração de serviços noutra, de modo a que uma unidade detenha apenas um número muito limitado de especialidades assistenciais.

Fulop *et al.* (2002) referem que com as fusões se pretende a melhoria da qualidade clínica na medida em que as unidades especializadas aumentam, se melhora qualidade da formação médica, o recrutamento e a retenção de especialistas é mais eficaz. Discriminam os seguintes objectivos explícitos para a realização de fusões: poupança de custos de gestão e reinvestimento de recursos para cuidados a doentes; salvaguarda de unidades especializadas; garantia de desenvolvimento dos Serviços; manutenção da qualidade dos serviços prestados; garantia e melhoria da perspectiva das condições das carreiras profissionais. Para os hospitais de agudos, trata-se de conseguir a sua sobrevivência a um contexto político que obriga à concentração de especialistas em serviços. Quanto aos motivos não explícitos, apontam: posições políticas de novos regimes de gestão; a redução de déficits acumulados (porque é inconcebível que as novas organizações resultantes das fusões iniciem as suas actividades com um deficit); resposta aos diferentes *stakeholders* (que incluem o governo central, as instituições influentes, os grupos de pressão).

Politicamente, os objectivos das fusões prendem-se com: maior facilidade do encerramento de serviços; viabilização financeira de pequenas organizações; obtenção de



---

reforço de financiamento para os investimentos (Fulop et al., 2002); integração dos princípios de gestão da doença nos modelos de prestação de cuidados hospitalares; diversificação das especialidades; aumento do acesso; diminuição dos custos; eliminação do mercado de outros concorrentes (Sidorov, 2003).

As fusões hospitalares têm uma variedade de arranjos e lógicas, de acordo com Ahgren (2008) fundem-se pequenos hospitais gerais distritais uns com os outros, bem como hospitais universitários com hospitais gerais, ou com outros hospitais universitários. Fulop et al. (2002) classificam em fusões horizontais, quando incluem apenas hospitais de agudos das várias especializações e complexidades e verticais, se incluem hospitais e outros serviços comunitários.

Existe um denominador comum, os hospitais a fundir encontram-se na mesma zona geográfica (Gaynor, Laudicella e Propper, 2012).

Como factores críticos de sucesso das fusões em saúde Sidorov (2003) enumera: o planeamento rigoroso, (particularmente da consolidação de serviços clínicos); a valorização das diferenças culturais e as consequências daí resultantes; a assunção de que não se obtêm automaticamente ganhos provenientes de economias de escala; a existência de lideranças fortes, comprometidas e ágeis. Se um destes atributos faltar, o sucesso da fusão está ameaçado. Já Olafsson (2008) refere a definição de objectivos claros, a nomeação rápida dos órgãos gestores em fases iniciais do processo e a constituição de um bom sistema de comunicação (os canais de comunicação da nova organização devem ser bem conhecidos de todos os profissionais). A comunicação desempenha um papel vital, porque permite aos profissionais compreenderem as razões e os objectivos da fusão, reduzindo a incerteza. Caso os profissionais não tenham uma cultura de reporte à administração e caso se disponha apenas de um sistema de comunicação incipiente, a nova organização terá problemas.

---

### **2.3.3. A Criação de centros e grupos hospitalares**

Tal como já referido anteriormente, em Portugal, uma das formas de fusão hospitalar são os Centros Hospitalares, que se definem como *“(...) uma pessoa colectiva pública dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio, do esquema de órgãos legalmente estabelecidos para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica”*, conforme o n.º 1, do art.º 2º, do Decreto Lei n.º 284/99, de 26 de Julho. O que significa que a agregação de hospitais públicos neste âmbito, não está sujeita a escrutínio de similaridade quanto ao nível de diferenciação ou outras características técnicas. O critério invocado parece ser a proximidade geográfica, tal como decorre do preâmbulo do diploma anteriormente citado *“(...) centrada em unidades funcionais que permitam a efectiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica prestam cuidados de saúde ou desenvolvem actividades conexas. (...) considera o Governo que o papel desempenhado pelo Serviço Nacional de Saúde ao nível da prestação dos cuidados de saúde diferenciados ficará reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respectivas valências e diferenciação tecnológica, forem reestruturados em Centros Hospitalares (...)”*

O mesmo diploma, refere que a criação destas organizações *“(...) deve ser devidamente fundamentada em razões de interesse público, designadamente a optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respectiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.”* (n.º 3 do art.º 3º).

### **2.3.4. Falhas das fusões**

Para Posnett (1999) as fusões no sector da saúde surgem mais para servir os gestores e os médicos do que as necessidades das populações. Os gestores sofrem pressões para reduzir custos. Por seu turno, os médicos pela via dos colégios das ordens são incentivados a encerrar ou a racionalizar as pequenas unidades tendo em vista assegurar a especialização da classe.

---

Na sua maioria, as falhas são imprevistas, não consideradas em sede de planeamento, e ocorrem no decurso do processo, tendo que ser solucionadas com as instituições em funcionamento. Fulop et al. (2002) citam as seguintes, na área dos recursos humanos: os profissionais sentem que os gestores de topo estão muito distantes, que não lhes dedicam o tempo necessário e que as suas necessidades são ignoradas; os gestores intermédios sentem que lhe amputaram os seus serviços. Criam-se tensões entre os clínicos e a gestão (Choi et al. 2011). Os clínicos e os gestores sentem maior stress perante as incertezas impostas, a mudança, e o aumento da “carga de trabalho”. Fulop et al.(2005) referem a diminuição do nível de moral e o aumento do stress devido ao medo de perda de emprego. Os profissionais das unidades mais pequenas sentem a perda da informalidade e da familiaridade que as caracterizava, bem como a perda de autonomia e capacidade de decisão que detinham antes da fusão.

As grandes organizações pós-fusão são vistas como: tendo dificuldades em responder, são lentas na sua capacidade de tomar decisões; as comunicações internas são negativamente afectadas, tornando-se lentas e incoerentes; estão limitadas na capacidade de supervisionar a qualidade contínua da prestação de cuidados assistenciais; surgem ainda problemas à integração de serviços (nos hospitais de agudos não foi realizada a segmentação por patologia), de sistemas e das práticas de trabalho. A extensão da área geográfica dos hospitais fundidos, aumenta o tempo de transporte consumido pelos profissionais. Podem citar-se perturbações no acesso aos cuidados de saúde (definindo-se como a facilidade ou a possibilidade que um cidadão tem de utilizar os cuidados de saúde disponíveis).

De acordo com Posnett (1999) maior não é melhor. A concentração hospitalar não conduz a ganhos de eficiência nem a melhores resultados para os doentes. As economias de escala têm limitações, (Posnett, 1999; Fullop et al., 2005; Ahgren, 2008), são inexistentes em pequenos hospitais, com um número de camas inferior a duzentas, são maximizadas na dimensão entre 200 e 400, e representam um acréscimo de custos entre as 400 e as 600

---

camas. Previsíveis ganhos de eficiência das fusões nem sempre se materializam, e surgem com frequência custos inesperados.

As fusões hospitalares não levam à redução dos custos unitários, a diminuição de capacidade de oferta conduz à redução de custos totais, mas não relacionada com economias de escala (Ahgren, 2008). Quando a capacidade instalada global é reduzida, os custos totais também são. Na realidade o que se elimina é o excesso e a duplicação da oferta. Reduzem-se os custos com a gestão de topo, que são irrelevantes face aos custos totais da prestação de cuidados. Um dos acréscimos verificados prende-se com as deseconomias de escala associadas à gestão de grandes unidades hospitalares.

De acordo com Olafsson (2008) a fusão também pode falhar devido: a uma definição de objectivos pouco claros; ao facto das negociações pré-fusão não serem realizadas de forma adequada; ao planeamento e coordenação não serem exercidos de forma efectiva na nova organização. Adicionalmente a estes factores ainda se pode apontar a diferença de culturas organizacionais, aspecto problemático em termos de compreensão e ajustamento mútuo.

Para Posnett (1999) um dos aspectos que deverão ser reflectidos quando existem fusões, é o acesso, devendo os custos indirectos das concentrações serem ponderadas. Existem desvantagens para as populações na medida em que perdem acesso devido à centralização de serviços (Fulop *et al.*, 2002; Olafsson, 2006). A limitação do acesso não diminui os custos dos cuidados de saúde, transfere-os do Estado para os utentes (Posnett, 1999).

## **2.4. LIDERANÇA**

Para Proulx (2006) líder é o que leva os outros a reconhecerem uma direcção e a segui-la, bem como a estarem convencidos dos méritos da decisão em que se vão envolver. O líder intui o que será o futuro, tem capacidades de direcção (para onde ir) e adaptação (saber corrigir a decisão, caso exista mudança). A liderança é um conceito e não um objecto

---

concreto. É constituída por um conjunto de aptidões que os gestores devem possuir para a prossecução das suas funções.

Para este autor as teorias da liderança são modelos teóricos não verificáveis empiricamente. Situa no extremo de um *continuum*, a liderança transformacional, a mais próxima da imagem popular do líder que influencia os outros, que lhes aponta as direcções novas, criativas e os impulsiona a novas esferas de competência e realização. As pessoas submetem-se totalmente a este tipo de líder, deixam-se envolver na mudança profunda, despojam-se dos seus hábitos e ocupações. No outro extremo, situa a liderança situacional, cujos líderes ajustam o seu comportamento em função dos indivíduos que querem influenciar. Importa à liderança promover o mérito dos colaboradores, um ajustamento recíproco, a satisfação entre as partes, criar um estilo que se adapte à situação.

Importa também esclarecer a diferença entre liderança e gestão. Para Spehar, Frich e Kjekshus (2012) a liderança pode ser prosseguida com ou sem autoridade formal, é frequentemente entendida como motivadora e influenciadora da mudança. Já a gestão é comumente descrita como prossecutora de resultados através do planeamento, da organização e da resolução de problemas. Muitos autores usam estas expressões de forma indiferenciada, uma vez que ambas as actividades estão integradas na posição formal da gestão.

De acordo com Choi et al. (2011) o papel dos gestores deve ser o de apoiar o desenvolvimento de actividades de liderança e práticas organizacionais que equilibrem as diferentes lógicas institucionais. Desenvolver aptidões de liderança que exerçam o controlo total não parece adequado às organizações de cariz profissionalizante, como os hospitais.

Spehar et al.(2012) fazem menção a uma caracterização de duas identificações de líderes, baseados em Gouldner (1957)<sup>1</sup>, os “*cosmopolitas*” e os “*locais*”. Caracteriza os

---

<sup>1</sup>Gouldner, A.W.(1957).”Cosmopolitans and Locals- Toward Analysis of Latent Social Rules”- Admin.Sci Quart, 2(3):381-306

---

“*cosmopolitas*” como apresentando um grande compromisso com os valores profissionais e as competências, com forte relação ao grupo de pertença, e uma lealdade mais fraca à organização. Já os “*locais*” apresentam-se menos comprometidos com as competências profissionais, têm grupos locais de referência, revelam uma forte lealdade à organização. Enquanto a teoria sociológica indexa os médicos a “*cosmopolitas*”, as teorias de gestão afectam os gestores a “*locais*”. Esta caracterização não é estanque e os diferentes grupos profissionais podem situar-se num *continuum* gradativo conforme o tempo de desempenho de funções.

#### **2.4.1. As lideranças médicas**

Para Spehar et al. (2012) líder clínico é alguém que mantém um papel clínico com envolvimento na gestão. Nesta perspectiva, desempenha simultaneamente um papel na actividade assistencial e na gestão, designadamente ao nível estratégico e de apoio operacional. Os clínicos estão motivados a procurarem e manterem posições de influência, uma vez que a sua profissão tem o compromisso de lutar pela dominação e auto-gestão contra as forças competitivas.

As mudanças no universo das organizações de saúde obrigam a um reposicionamento dos profissionais devido ao grande peso das doenças crónicas complexas, da generalização dos tratamentos caros, do aumento das expectativas das populações e a focalização na “*clinical governance*”, o que catapulta os prestadores directos de cuidados de saúde para a gestão, (Carney, 2006; Choi et al., 2011) tendência verificada no âmbito da New Public Management (NPM) que promove a incorporação dos diferentes grupos profissionais na estrutura de governação das organizações como forma de reduzir a tradicional dicotomia entre médicos e gestores administrativos. Embora alguma literatura valide a proposição de que os médicos gestores na saúde estão bem posicionados, bem preparados e conscientes para desempenhar papéis de gestão, existe pouca investigação que valide a efectividade das posições de gestão híbridas. Todavia, Choi et al. (2011) referem que os médicos executivos ficam entrincheirados em profundas raízes, entre o emocional e o profissional. Designadamente Carney (2006) explicita que os gestores intermédios da área clínica,

possuem um sistema de valores culturais baseado nos seus valores profissionais de base ética e de prestação de cuidados de elevada qualidade, e o controlo dos custos.

Rothmund (2013) enuncia uma diversidade de características que permitem o desempenho da liderança cirúrgica em ambientes complexos e sujeitos a constante mudança, como são os hospitais (Tabela IV).

**Tabela IV - Características dos Líderes Cirúrgicos Segundo Rothmund**

No passado	Actualidade
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento científico</li> <li>• Excelência técnica</li> <li>• Vocação para a investigação</li> <li>• Competência para o ensino</li> </ul>	<p><b>Características de âmbito não técnico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências emocionais (resiliência; capacidade de comunicação)</li> <li>• Inteligência emocional (auto-gestão; gestão de equipas; consciência social)</li> <li>• Competências sociais (padrões éticos; honestidade)</li> <li>• Capacidade de resolução de conflitos (ouvir e respeitar com confidencialidade)</li> <li>• Capacidade de comunicação com todos os stakeholders</li> </ul> <p><b>Características técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino cirúrgico contínuo</li> <li>• Especialização</li> <li>• Conhecimento de gestão (conhecimento: dos circuitos organizacionais; alocação de recursos)</li> </ul>

#### **2.4.2. Caracterização da Liderança Intermédia**

Genericamente, os líderes intermédios são os profissionais que ocupam uma posição entre o primeiro nível de supervisão e o nível dos executivos, imediatamente abaixo do órgão decisor (Embertson, 2006; Sharyan & Jimmieson, 2006). Carney (2006) define liderança intermédia como os profissionais que reportam à chefia de topo e os que reportam aos que reportam àquela chefia.

---

Deles foi transmitida uma imagem negativa nos anos 80, particularmente devido à política de achatamento dos níveis hierárquicos nas organizações, uma vez que isto se traduzia com frequência na perda de postos de emprego, o que transmitiu uma imagem de resistentes à mudança, (Sharyan & Jimmieson, 2006). Estes autores referem a importância de alterar esta perspectiva na medida que têm proporcionado importantes contribuições no âmbito dos processos de mudança, quando envolvidos nos processos de estratégia com os níveis de gestão de topo e os operacionais.

Embertson (2006) explica que actuam como subordinados, iguais e superiores, daí que sejam obrigados a lidar constantemente com a ambiguidade. Desempenham uma panóplia de funções, das quais muitas são intangíveis e inquantificáveis, designadamente as acções de persuasão de aceitação de certos objectivos de mudança. Aponta-lhes o papel de comunicadores, empreendedores, estabilizadores e terapeutas (Tabela V).



**Tabela V- Características dos Papéis dos Líderes Intermédios segundo Embertson**

<b>Papel de Comunicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivam a comunicação e estimulam a partilha de informação;</li> <li>• Recebem e transmitem mensagens com significado, fundamentais na mudança;</li> <li>• Fomentam a comunicação nas redes organizacionais;</li> <li>• Conhecem e utilizam as redes sociais informais (conhecem interlocutores, têm relações de longo prazo);</li> <li>• Compreendem e utilizam o poder informal dos centros de conhecimento, (amizade, a confiança, o aconselhamento que permitem a persuasão e aceitação de novas ideias e tarefas).</li> </ul>
<b>Papel de Empreendedor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de reconhecer os problemas e de gerar soluções com rapidez (familiarizados com as acções do dia a dia devido a interacções constantes com operacionais e utentes);</li> <li>• Detêm experiência que confere capacidade para intervir nos problemas;</li> <li>• Conhecimento sobre as prioridades e a estratégia que permite enquadrar a informação, criar novas soluções e realizar os ajustamentos necessários.</li> </ul>
<b>Papel de Estabilizadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malabaristas dos objectivos metas e orçamentos;</li> <li>• Procuram promover a harmonia entre os operacionais e o topo;</li> <li>• São-lhes exigidas constantemente novas competências de modo a sobreviverem em ambiente instável e a manterem o sistema organizacional em funcionamento;</li> <li>• Aceitam e apoiam novos objectivos, padrões e valores emanados do topo e fazem-nos concretizar pelos operacionais;</li> <li>• Têm que ser flexíveis e justos para conseguir compromissos com os operacionais.</li> </ul>
<b>Papel de Terapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despendem tempo e energia a apoiar emocionalmente os colaboradores, particularmente em momentos de mudança;</li> <li>• Situam-se no nível que permite que os colaboradores se sintam valorizados e não alienados, uma vez que sabem a quem se dirigir no caso de se confrontarem com um problema.</li> </ul>

#### **2.4.3. Liderança intermédia em processos de mudança**

Dias, Lopes e Parreira (2011) sintetizam três estilos de liderança nas organizações em mudança (Tabela VI):

**Tabela VI- Estilos de Liderança em Processos de Mudança**

<b>Líder como Visionário</b>	<b>Líder como Participativo</b>	<b>Líder Transaccional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmite a visão e o rumo de processo de mudança;</li> <li>• Ênfase na credibilidade que transmite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apela e facilita a participação plena dos membros da organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelece interacção e envolve os subordinados, pelo prémio e pela punição</li> <li>• Acompanha o evoluir das mudanças</li> </ul>

---

Citam Manz, Bastien e Hostager (2002)<sup>2</sup> num estudo que propunha entender a influência a de actuação destes três estilos de liderança em processos de mudança, propuseram um modelo que intitularam de “*bicycle*”, cuja articulação se assemelha a uma bicicleta em que a roda traseira corresponde ao ciclo participativo e funciona para envolver e encorajar os liderados, fazendo com que estes interiorizem a necessidade de mudança. A roda dianteira corresponde ao ciclo transformacional, que suporta as acções de liderança que visam dinamizar o processo e criar condições para gerar transformações e fazer com que os liderados aceitem o processo. Por fim, entre as duas, uma roda dentada que representa a liderança visionária, transmitindo de forma continuada a energia para que o processo avance, renovando e ampliando a visão para que as pessoas se identifiquem com a mudança.

Baseados na literatura, advogam que o papel da liderança intermédia se situa na esfera transaccional. Analisado o processo de mudança como se de uma bicicleta se trate, há a necessidade de movimentar permanentemente a roda do meio que corresponde ao ciclo visionário, para que as pessoas envolvidas não percam o sentido da mudança. Nesta perspectiva, quem deve olear a roda dentada são os líderes que estão em contacto com a base operacional. Consideram os líderes intermédios como tradutores da mudança e, por conseguinte, actores-chave no ciclo de mudança.

Para Embertson (2006) a mudança é um veículo para incrementarem a sua perícia, uma vez que está associada à introdução de novos procedimentos e deveres. Um bom líder recebe a mudança com entusiasmo e responde-lhe com inovação. Uma vez que são transmissores e intérpretes da cultura, contribuem para a unificação da organização. A liderança intermédia tem maior sucesso nos processos de mudança porque conhece bem a cultura interna. Os problemas legais, financeiros e de gestão organizacional são a principal preocupação da gestão de topo. Deste modo, a liderança de topo não alcança a complexa rede de relações e de comportamentos que compõem a cultura organizacional, delegando

---

<sup>2</sup>Manz, C., Bastien, D., e Hostager, T. (2002), Executive Leadership During organizational Change: A bicycle model, Human Resources Planning, 14(4), 275-287

---

as tarefas do quotidiano, e os desempenhos operacionais na liderança intermédia. Choi *et al.* (2011) no seu estudo sobre a liderança de topo e a mudança radical, concluíram que a liderança de topo, levou a que as chefias intermédias rapidamente aceitassem a mudança radical provocada pela fusão.

No decurso das fusões, os profissionais são propensos a vivenciarem a incerteza. Para minimizar este aspecto, os líderes de topo devem envolvê-los no processo estratégico. Como factores críticos de sucesso para a sua actuação identificaram-se as seguintes variáveis: a comunicação de duas vias com gestores de topo e empregados; o apoio dos gestores de topo e a interacção com os seus pares. Contrariamente, o conflito de papéis pode ser uma barreira potencial para a incerteza da gestão, decorrente da comunicação de duas vias (Sharyan e Jimmieson, 2006).

Para Dias, Lopes e Parreira (2011) a concretização dos processos de fusão em termos legais, jurídicos, processuais, económico-financeiros não é difícil. A maior dificuldade coloca-se na gestão da zona neutra, ou seja, um vazio que caracteriza o impasse entre a velha e a nova realidade, em que as culturas se partem, as emoções e razões se confundem, sendo necessário uma liderança que ajude a alavancar e a fazer ressurgir uma nova realidade, permitindo refazer valores, reorientar atitudes e reforçar o autoconceito. O papel da liderança intermédia é crucial para garantir o sucesso da transição.

---

### 3.MODELO DE ANÁLISE

A criação de Centros Hospitalares (CH) em Portugal, como é o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), representou uma mudança organizacional, consubstanciada sob a forma de fusão, processo complexo, que impôs alterações ao funcionamento dos dois hospitais que o constituem e interferiu com os seus profissionais. De acordo com estudos anteriormente realizados, concluiu-se que as lideranças intermédias são factores críticos de sucesso para os processos de integração organizacional, uma vez compram a mudança ao topo e vendem-na às bases tendo um papel de mediação, sendo também transmissores e integradores das culturas organizacionais, entre outras competências. Deste modo, procurou saber-se como é que as lideranças intermédias percebiam o processo de pós-fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN)?

O objectivo principal do estudo foi, analisar a percepção das lideranças intermédias acerca do processo de fusão hospitalar, e a contribuição desta liderança para os mesmos. Deste objectivo, decorrem um conjunto de outros que se enunciam: compreender como foi recebida pelos profissionais a mudança organizacional corporizada pela fusão hospitalar; identificar os obstáculos que se põem à integração das duas instituições e Serviços Assistenciais; perceber se existiu resistência ao processo de mudança a que obedeceu a fusão; avaliar se foi consolidada a integração e complementaridade de serviços com as mesmas naturezas; perceber se foram aproveitadas as competências dos profissionais das duas instituições; perceber a compatibilidade dos métodos de trabalho e cultura dos serviços nos dois hospitais; avaliar se a fusão incrementou a segmentação e especialização funcional entre serviços com as mesmas naturezas; perceber se as expectativas iniciais dos profissionais se vieram a cumprir; perceber se a prestação de cuidados de saúde aos utentes melhorou devido à fusão.

---

Procedeu-se à construção do quadro operativo, que seguiu o modelo de análise criado por Valentino (2004) aplicado a uma estrutura de saúde no Canadá e, posteriormente aplicado em Portugal a uma organização pública que resultou de uma fusão, por Dias, Lopes e Parreira (2011).

Este modelo reflecte que, sempre que existem fusões nas organizações, o papel das lideranças intermédias é serem agentes de mudança, garantir o sentido, unir, e transmitir a cultura.

É um processo complexo uma vez que as lideranças têm que aprofundar o conhecimento da nova estrutura organizacional, conhecer as suas necessidades, processos, e pessoas num curto período, de modo a gerar uma organização equilibrada.

Este modelo baseia-se nas competências de Bennis<sup>3</sup> – quatro competências da liderança, que permitam conduzir a acções que promovam objectivos bem definidos e explícitos, valores, e princípios básicos aplicáveis a todos os profissionais.

Baseia-se ainda nas etapas de Schein<sup>4</sup> que propõe oito passos essenciais para os líderes acompanharem a mudança cultural das organizações.

A combinação destas duas abordagens teóricas revela a importância da liderança intermédia para criar um estilo “influenciador”, mobilizador de assertividade, que envolva os profissionais na visão da nova organização (Tabela VII).

---

<sup>3</sup> Bennis, W. (1989), *Why Leaders Can't Lead*, S. Francisco: Jossey-Bass Publishers

<sup>4</sup> Schein, E.H.(1999), *The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense about Culture*, San Francisco: Jossey-Bass Publisher.

**Tabela VII- Integração das Competências identificadas por Bennis com as etapas preconizadas por Schein**

<b>Competências - BENNIS</b>	<b>Etapas - SCHEIN</b>
1. Liderar transmitindo a visão: capacidade para estabelecer a ponte entre a antiga visão e a nova visão.	1. Introduzir uma visão positiva.
2. Liderar com sentido: capacidade para transmitir o sentido da visão aos membros da organização.	2. Formar e dar <i>feedback</i> .
3. Liderar gerando confiança: capacidade para trazer a realidade ao de cima, demonstrar constância nas atitudes e dar exemplos.	3. Desenvolver um papel positivo.
4. Liderar apelando à autogestão: capacidade para tornar participativo o processo de decisão, incentivar a autogestão	4. Facultar oportunidades de formação.
	5. Criar nos empregados o sentido da mudança e de auto-aprendizagem.
	6. Criar grupos interdepartamentais e equipas matriciais
	7. Apoiar e dinamizar grupos.
	8. Alinhar as organizações com as novas formas de trabalhar e pensar.

**Fonte:** Adaptado de Valentino (2004) retirado de Dias, Lopes e Parreira (2011)

Da combinação destas duas perspectivas Valentino (2004) concentra-se na tentativa de encontrar explicação para a forma como é possível criar a visão necessária para gerir a mudança. Destaca a competência “liderar com sentido”, que essencialmente visa transmitir a missão aos membros da organização. Dias, Lopes e Parreira (2011) preconizam inclusivamente a criação de uma força de influência que atraia, dinamize, e integre as pessoas nas novas formas de trabalhar e nas novas rotinas, fazendo-as sentir como parte importante na nova organização, sendo o contributo da liderança intermédia decisivo para alcançar este propósito.

Estes autores aplicaram este modelo em Portugal a uma organização pública que resultou de uma fusão. Realizaram um trabalho empírico que pretendeu analisar as percepções dos gestores intermédios acerca do processo de fusão. O estudo recorreu a entrevistas que abrangeram dirigentes de diferentes níveis hierárquicos, distribuídas pelas diferentes áreas funcionais.

Procuraram assim avaliar as seguintes vertentes: articulação interna e equilíbrio entre os diferentes órgãos das instituições relativamente aos objectivos; estratégia de comunicação; concordância dos profissionais com a fusão; papel das chefias intermédias na comunicação do topo para a base; como eram entendidas as questões funcionais dos procedimentos

---

relativos à fusão; sentimentos da equipa face à nova estrutura orgânica; propostas de medidas para a consolidação da fusão; obstáculos à consolidação da fusão; percepção sobre o valor acrescentado da fusão; compatibilidade dos métodos de trabalho das duas instituições.

### **3.1. METODOLOGIA**

A investigação desenvolvida, redigida nos termos do antigo acordo ortográfico, é um *case study*, aplicado ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte com carácter descritivo. Ahgren (2008) esclarece que a combinação de métodos quantitativos e qualitativos permite a filosofia da triangulação, que é uma aplicação e combinação de diferentes metodologias de investigação para o mesmo fenómeno.

Esta investigação tem por base as diferentes etapas preconizadas por Quivy e Campenhoudt (1998). Assim, foi formulada a pergunta de partida. Para estes autores a pergunta é a melhor forma de iniciar um trabalho de investigação, servindo como seu fio condutor. Como exigências para uma boa pergunta a mesma deve apresentar qualidades de clareza, exequibilidade e pertinência.

Quanto à fase da *exploração*, a mesma realizou-se através de uma revisão bibliográfica, que teve como motores de pesquisa as seguinte bases de dados B-On (Pubmed, Web on Sciences) EBSCO Host e RCAAP. Foram simultaneamente realizadas entrevistas exploratórias a dois presidentes do Conselho de Administração do CHLN e a dois directores do Departamento de Cirurgia que já tinham cessado funções, cuja informação contribuiu para elaborar a descrição dos processos de fusão.

Uma vez que a investigadora no decurso do processo de investigação passou a ser responsável pelo Departamento de Cirurgia, recorreu-se também ao recurso de observadora participante. A análise de resultados obtidos foi confrontada com a teoria para testar a pertinência da questão formulada.

---

Relativamente à *observação*, e para análise do desempenho dos serviços cirúrgicos, foram colhidos relatórios e dados estatísticos produzidos pelos diferentes departamentos do Hospital, os quais se revelaram pertinentes, para confrontar com a percepção do processo.

Quanto à pesquisa no terreno assentou em entrevistas semi-directivas. A opção por este método de recolha da informação presencial junto dos médicos, teve em conta o conhecimento da realidade organizacional, bem como da cultura e postura destes profissionais, bastante antagónica a respostas formais e muito estruturadas, o que pressuporia antecipadamente limitação de resultados devido à falta de adesão ao projecto.

O tratamento da informação foi realizado através de análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2011).

Pretende-se que os resultados permitam retirar conclusões e contribuições para o conhecimento e para a prática.

### **3.1.1. Estudo de caso**

O método de estudo de caso, foi escolhido na medida em que permite investigar um fenómeno contemporâneo dentro do contexto da vida real, designadamente o caso da presente análise, onde os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos, e onde não se podem manipular comportamentos (Yin, 2003). Coutinho e Chaves (2002) preconizam este método para situações complexas que não permitam a identificação de variáveis relevantes, e outras situações excepcionais. Já Good e Hatt (1979) definem-no como “*um modo de organizar os dados em termos de uma determinada unidade escolhida*”(p. 432).

Coutinho e Chaves (2002) referem que é uma abordagem metodológica com um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, “o caso”. A finalidade da pesquisa é holística (sistémica, ampla e integrada) ou seja visa preservar o caso no seu todo e na sua unicidade. É uma investigação empírica que se



baseia no raciocínio indutivo. Tem cariz descritivo, mas simultaneamente pode ter um alcance analítico, na medida em que se questiona a situação; confronta-se com outros casos já estudados, ou com teorias existentes, ajudando a gerar novas teorias e novas questões para futuras investigações. Definem os seguintes tipos de estudo de caso (Tabela VIII):

**Tabela VIII - Tipos de Estudos de Casos segundo Coutinho e Chaves**

<b>Tipo de estudo</b>	<b>Características</b>
<b>Intrínseco</b>	Melhor compreensão de um caso particular
<b>Instrumental</b>	Permite introspecção sobre o assunto; instrumento para compreender outros fenómenos
<b>Colectivo</b>	Estende-se a vários casos para permitir, comparação, e conhecimento mais profundo do assunto

Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam as questões do tipo “como “ e “porquê”, quando o pesquisador tem pouco controlo sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (Yin, 2003).

Para Good e Hatt (1979) o estudo de caso é uma abordagem intuitiva, derivada da observação participante, que utiliza uma multiplicidade de documentos. Não é uma técnica específica, é um meio de organizar os dados preservando o carácter unitário do objecto estudado. É um método que não capta o único, mas mantém juntas as características importantes do problema científico em estudo. É caracterizado pela amplidão de informação através da reunião de vários dados sobre o problema; níveis de dados diferentes integrados; formação de índices e tipos e a sua interacção numa dimensão tempo. Para se obterem dados holísticos podem-se usar todas as técnicas que qualquer outro modo de organização usa como entrevistas, documentos, relatos de casos. Yin (2003) menciona a importância da observação directa e técnicas de entrevistas.

---

Podem ser apontados a esta metodologia os seguintes pontos fortes: gerar novas teorias, através da abordagem de contradições e, evidências de paradoxos; a análise de conflitos de realidades pode ajudar a racionalizar o pensamento; as teorias resultantes são passíveis de testar com constructos que podem ser mensuráveis, e de hipóteses que podem ser testadas; a teoria resultante pode ser empiricamente validada, uma vez que, o seu processo de construção está intimamente relacionado com a evidência, é fruto de uma observação empírica consistente (Eisenhardt, 1989).

Como limitações apontadas a este método Yin (2003) enuncia a falta de rigor da pesquisa; pouca base para generalização científica; ser um processo moroso e, os documentos que dele resultam poderem ser ilegíveis. Já Eisenhardt (1989) refere ainda as seguintes, o uso intensivo de evidência empírica pode tornar a teoria demasiado complexa, muito rica em detalhes, os investigadores podem perder o sentido de proporcionalidade quando se confrontam com um elevado volume de dados. Pode também existir o risco das teorias descreverem fenómenos idiossincráticos, pouco passíveis de generalização teórica. Sugere que a construção de grandes teorias a partir de estudos de caso, requerem abordagens múltiplas, tanto de estudos de teóricos já realizados como de estudos empíricos.

Importa situar o tipo deste estudo de caso, que de acordo com Yin (2003), é descritivo, ou seja, traça a sequência de acontecimentos ao longo do tempo, descreve um fenómeno que raramente foi alvo de estudos anteriores e tenta descrever os seus traços chave.

### **3.1.2. Entrevista semi-directiva**

Os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana, (Quivy & Campenhoudt, 1998), mencionam que, permitem uma abordagem em profundidade do ser humano, a sua forma de ver o mundo, intenções e crenças (Albarelo, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy e Saint-Georges, 1997). É um método que proporciona uma compreensão rica e matizada das situações. Para estes autores é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de

---

valores, de normas veiculadas por um indivíduo. O entrevistado exprime as suas percepções, interpretações ou experiências de um acontecimento ou situação.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) as vantagens da entrevista são: o grau de profundidade da análise recolhida e a possibilidade de recolher testemunhos e interpretações dos interlocutores de acordo com os seus quadros de referência.

Quanto às limitações do método, Carmo e Ferreira (2008) referem a influência do entrevistador sobre o entrevistado; as diferenças entre eles, designadamente, as de género, idade, sociais, culturais e, por último a sobreposição de canais de comunicação. A estas Quivy e Campenhoudt (1998) aduzem o grau de liberdade que pode inibir ou flexibilizar demasiado a relação do entrevistador com o interlocutor; impõe que métodos de recolha de informação e análise sejam escolhidos e concebidos conjuntamente, no caso, a análise de conteúdo; a flexibilidade do método pode levar a acreditar numa completa espontaneidade do entrevistado e numa total neutralidade do investigador; a subjectividade, a falta de distância, a visão parcelar e parcial.

Quanto ao tipo de entrevista seleccionada, optou-se pela semidirectiva ou semidirigida. Para Quivy e Campenhoudt (1998) este tipo de entrevista é a mais utilizada em investigação social. De acordo com Albarello et al. (1997) que escalonaram a diferenciação das entrevistas segundo o grau de liberdade, consideram a entrevista *semidirectiva* de nível intermédio. Permite que o entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objectivo perspectivado, e daí o aspecto parcialmente não directivo. Por outro lado, a definição do objecto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se pode deixar arrastar, e exige o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado, daí a vertente directiva.

De acordo com Carmo e Ferreira (2008) o tipo de entrevista realizado enquadra-se no tipo de entrevista formal, estruturada com perguntas abertas, que se caracteriza por ter um número de perguntas relativamente elevado, com ordenação, focadas nos conhecimentos

---

do entrevistado, com relativa intervenção do entrevistador, e com possibilidades de análise quantitativa.

Foram seguidos os seguintes preceitos enunciados por Quivy e Campenhoudt (1998) e Carmo e Ferreira (2008): na preparação dos entrevistados foi realizada breve exposição introdutória acerca dos objectivos da entrevista, para dar o tom geral da conversa livre e aberta. Foram informados sobre os resultados que se esperava obter da entrevista; foram explicitados os motivos de terem sido seleccionados, mostrando o valor acrescentado que as suas respostas podem trazer à investigação em curso; foram informados sobre o tempo de duração prevista.

No início da entrevista foi explicado o método de registo (gravação áudio), que seria assegurada, a confidencialidade e o anonimato da informação, bem como a liberdade que teriam para não responder às perguntas que entendessem. Segundo Albarello et al. (1997) a linha de conduta a adoptar para realizar uma entrevista é fazer com que o interlocutor se exprima o mais livremente possível e forneça as informações mais completas e precisas sobre o assunto tratado. O papel do entrevistador neste âmbito, segue a linha de pensamento do seu interlocutor, mas ao mesmo tempo zela pela pertinência das afirmações relativamente ao objectivo da pesquisa pela instauração de um clima de confiança e pelo controlo do impacte das condições sociais na interacção da entrevista.

Procurou-se ainda seguir os preceitos enunciados por Quivy e Campenhoudt (1998) que referem que o entrevistador se deve abster de se implicar no conteúdo da entrevista em debate de ideias ou a tomar posições sobre afirmações proferidas. Procurar que a entrevista se desenrole num contexto e ambiente adequado. As entrevistas ocorreram nos gabinetes de alguns dos entrevistados, ou sempre que lhes foi conveniente, no gabinete da entrevistadora. Salvaguardaram-se as condições de não interrupção e procurou criar-se a ambiência necessária para que os entrevistados se expressassem com o maior à vontade e naturalidade.

---

A escolha dos entrevistados, incidiu sobre um conjunto de informadores qualificados, que foram os dez coordenadores das unidades funcionais do Departamento de Cirurgia Geral. Este universo caracterizou-se por ter uma média de 57 anos, dos quais nove são do sexo masculino e um do sexo feminino. Existia uma homogeneidade de escolaridade, todos licenciados em Medicina, as categorias profissionais variam entre assistentes graduados seniores e assistentes graduados. Desempenham também actividade académica como assistentes na Faculdade de Medicina de Lisboa, da Universidade de Lisboa (ANEXO II).

As entrevistas decorreram de Outubro a Dezembro de 2013. Um dos entrevistados recusou responder por gravação à entrevista, tendo referido que o faria por escrito, o que não fez, pelo que, no âmbito da análise, foi considerado como não resposta, e contabilizado o seu peso em termos de frequência.

A construção do questionário, foi adaptada de Dias (2008) no âmbito do modelo de análise (ANEXO III). De acordo com o autor, o questionário foi estruturado em três fases: questões preliminares, intermediárias e finais. Foi baseado numa técnica de afunilamento, que corresponde a questões amplas no início, para obter respostas aprofundadas, deixando-se as mais simples para o final. A construção do questionário parece ter tido em consideração os pressupostos de Good e Hatt (1979) segundo os quais deve haver uma progressão lógica de modo a que o entrevistado; seja conduzido dentro da entrevista pelo despertar dos seus interesses; responda dos itens mais simples aos mais complexos; não se confronte com pedidos prematuros de informações pessoais; seja conduzido o mais suavemente possível.

Foi realizado o teste com duas entrevistas, que não vieram a ser consideradas para efeitos de análise. Refira-se que após este teste não foram elaboradas algumas perguntas de controlo, tendo em vista prosseguir os pressupostos enunciados por Quivy e Campenhoudt (1998) que referem a necessidade de fazer o menor número de perguntas, uma vez que o excesso conduz a que o entrevistado responda de forma precisa e se dispense de comunicar o seu pensamento mais profundo e a sua experiência, com respostas cada vez mais breves e menos interessantes.

---

No decurso da entrevista, não se colocaram necessariamente todas as perguntas pela ordem em que estavam previstas sob a formulação inicial. Tanto quanto possível “deixou-se andar” o entrevistado para que este pudesse falar abertamente com as palavras e pela ordem que lhe conveyed. O investigador procurou reencaminhar a entrevista para os objectivos definidos (Quivy & Campenhoudt 1998) tendo em média as entrevistas a duração de 30 minutos.

### **3.1.3. A análise de conteúdo**

O tratamento dos dados recolhidos através das entrevistas foi feito pelo método de análise de conteúdo. Definida por Bardin (2011) como *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (p. 44).

Quivy e Campenhoudt (1998) classificam a análise de conteúdo por diferentes tipos, face ao seu enquadramento. Pode-se classificar a presente análise de exploração, quantitativa (utiliza a frequência do aparecimento de certas características do conteúdo) e também e directa (emprega as medidas de forma directa).

Para estes autores, o método é particularmente adaptado à análise de ideologias, sistemas de valores, das representações, das aspirações e da sua transformação; ao exame da lógica de funcionamento das organizações; à reconstituição de realidades passadas não materiais. A sua principal vantagem é a adequação ao estudo do não dito, do implícito. Segundo Carmo e Ferreira (2008) a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos. Permite o controlo posterior do trabalho, porque tem um suporte material de retaguarda. É construída de forma metódica e sistemática sem prejudicar a profundidade do trabalho e a criatividade do investigador.

---

Para Quivy e Campenhoudt (1998) os limites e problemas da análise de conteúdos são diferentes consoante os métodos particulares de análise. No presente trabalho, optou-se pela análise categorial, sendo à mesma imputada a limitação de criar pressupostos simplistas.

Segundo a classificação de Bardin (2011) foi escolhida uma análise de significados ou análise temática, destinada a representações sociais ou juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso. Obtém-se através da contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação determinada, tendo sido escolhida a frase e a palavra. Funciona por desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido. O tema foi utilizado como unidade de registo para estudar as percepções face ao processo de fusão hospitalar.

A análise temática é rápida e eficaz quando aplicada a discursos directos e simples, sendo utilizada frequentemente no tratamento de respostas a questões abertas de entrevistas. Por enumeração temática é possível levar-se a cabo o levantamento de atitudes. Contam-se assim em cada unidade de codificação a qualidade ou o defeito presente. Permite perceber que as frases do texto atraem ou rejeitam as “qualidades” ou “defeitos”, atitudes negativas ou positivas.

Para além de temática, é na óptica de Quivy e Campenhoudt (1998) categorial, uma vez que se calculam e comparam as frequências de certas características previamente agrupadas em categorias significativas. A categoria é tanto mais importante quanto mais frequentemente for citada pelo interlocutor.

---

Adoptaram-se as fases de organização da análise de Bardin (2011):

1) Pré-análise - tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. Foram desenvolvidas as seguintes actividades:

a) Constituição de um *corpus*, que se traduziu no acervo de entrevistas dactilografadas. Foram seguidas as regras aplicadas ao corpus:

- *Exaustividade* - tendo-se em conta todos os elementos;
- Representatividade - a análise foi efectuada numa amostra, que parece ser representativa;
- *Homogeneidade* - devem obedecer a um critério de escolha rigoroso e integrar-se nele;
- *Pertinência* - os documentos devem ser adequados ao objecto de análise que sobre eles recair.

b) Preparação do material- transmissão de entrevistas transcritas na íntegra em suporte papel, mantendo-se conservadas as gravações;

c) Leitura flutuante - contacto com os documentos a analisar para conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações, foram sublinhados os aspectos chave;

2) Exploração do material - foi a fase mais longa, que consistiu em operações de codificação, decomposição e enumeração.

A codificação, compreendeu: o recorte - escolha de unidades; a enumeração - escolha de regras de contagem. Não foi realizada a classificação e agregação- escolha de categorias, uma vez que as mesmas foram adaptadas *a priori* (Bardin, 2011) do modelo de Dias (2008) e da criatividade dos elementos que comigo estavam a proceder a uma leitura das unidades de registo (método de juízes).

Esclareça-se que a categorização é o processo de elaboração das categorias, que são classes que reúnem um conjunto de elementos, unidades de registo sob um título genérico, agrupado em razão das características comuns dos elementos, que no caso foi semântica. Segundo Bardin (2011) devem ter as seguintes qualidades: exclusão mútua, a homogeneidade; a pertinência; a objectividade; a fidelidade e, a produtividade.



---

As unidades de registo foram o segmento de conteúdo considerado como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. As unidades de codificação ou de registo utilizadas foram: a palavra e a frase sob um tema definida por Bardin (2011) como um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares.

A regra de enumeração aplicada foi a frequência, ou seja, a importância de uma unidade de registo aumentou com a frequência de aparição. A regularidade quantitativa de aparição foi aquilo que se considerou como significativo.

Igualmente as unidades de registo também foram adaptadas de Dias (2008) mas sofreram mudanças em função da especificidade do *corpus*.

Visto tratar-se de análise a respostas a questões abertas, o método foi completado por uma selecção automática de respostas modais ou frases características de respostas autênticas. Uma resposta modal contém as palavras mais características do seu grupo, (Bardin, 2011).

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - esta fase compreende o tratamento dos resultados em bruto de modo a serem significativos e válidos. No caso optou-se por operações estatísticas simples, com percentagens que permitiram estabelecer quadros de resultados. Foi enquadrada à luz dos objectivos da investigação e do suporte teórico.

## **3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE FUSÃO**

### **3.2.1. Fusão Hospitalar, a Criação do Centro Hospitalar de Lisboa Norte**

Em 1 de Março de 2008, através do Decreto-Lei n.º 23/2008, foi criado o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E (CHLN) constituído pelos Hospitais de Santa Maria e de Pulido Valente, citando-se no preâmbulo deste diploma como o “(...) modelo mais adequado à gestão das unidades de cuidados de saúde, e diferenciados em causa, de forma a obter a maximização dos recursos envolvidos, a redução dos custos de funcionamento, bem como ganhos de produtividade e eficiência”.

---

Uma vez que se trata de uma das maiores unidades hospitalares portuguesa, logo na sua génese surgiram grandes expectativas para o projecto, divulgadas a nível nacional através dos diferentes meios de comunicação social e de sessões públicas. Seguidamente transcrevem-se alguns excertos do discurso do então presidente (Campos Fernandes, 2008) que têm relação directa com esta análise.

Referia este presidente os objectivos da fusão em duas vectoriais linhas de acção, a de prestação de cuidados de saúde e a académica *“(...) a integração dos dois hospitais concretiza no plano formal uma relação de complementaridade funcional (...).*

Esperava-se que a concentração de saberes e competências contribuísse para o imperativo estratégico da melhoria das condições de exercício técnico-profissional e de valorização de resposta às necessidades das populações.

Desta declaração de intenções ficou ainda patente que a integração permitiria *“(... consolidar um Centro Hospitalar universitário posicionado no topo da pirâmide de prestação de cuidados, de elevada diferenciação técnica e actuante na tripla vertente assistencial, de ensino e de investigação. A cooperação entre a Faculdade de Medicina de Lisboa e a Faculdade de Ciências Médicas permitirá reforçar o aprofundamento das relações institucionais convergindo para a melhoria do ensino médico e conhecimento científico (...). “(...) A condição de Centro Hospitalar Universitário será o melhor garante de um elevado grau de exigência das respostas nas vertentes do ensino, da formação, da investigação (...). O projecto de desenvolvimento de um grande Centro Académico de Medicina adquire, por esta via, uma nova dimensão de oportunidade e sentido estratégico.”*

Podemos sintetizar que, as linhas de orientação estratégica do CHLN visavam ajustar o racional da oferta hospitalar, recentrando a missão de cada uma das unidades hospitalares, promovendo a integração de departamentos, serviços e unidades e reforçando os mecanismos de articulação interinstitucional.

---

À semelhança do que já anteriormente foi descrito relativamente aos objectivos das fusões hospitalares, esta parecia ser *“(...) uma oportunidade para impulsionar sinergias e obter ganhos de eficiência que permitam a reestruturação estrutural e funcional dos serviços e departamentos, o seu reequipamento, a modernização da plataforma tecnológica e a especialização da actividade assistencial (...).”*

No campo da actividade assistencial previa-se que *“O redesenho do modelo organizacional terá como principal desiderato o aumento da quantidade e da qualidade da actividade assistencial melhorando o acesso e a humanização, na prestação de cuidados de saúde, com particular enfoque na implementação de modelos avançados de governação clínica. Cumprindo objectivos de equidade e universalidade do acesso e de promoção da qualidade.”*

Uma vez que se tratou de uma fusão de dois hospitais com níveis de prestação de cuidados diferenciados, houve, desde logo a necessidade de planear a manutenção da unidade de menores dimensões e, assim apaziguar o comportamento dos profissionais. Deste modo, o então presidente referia *“No plano de reestruturação do Hospital de Pulido Valente (HPV) está prevista a instalação de um centro de cirurgia do ambulatório de âmbito regional de uma unidade de cirurgia bariátrica”*. Neste contexto de mudança parecia ser fundamental conquistar a confiança de todos os profissionais e gerar dinâmicas de motivação e envolvimento indispensáveis ao sucesso desta transformação.

Com a criação do CHLN foram integrados os serviços de apoio, (designadamente, Recursos Humanos, Hoteleiros, Instalações e Equipamentos, Financeiros, Compras, Logística, Informática, Gestão de Doentes, Transportes, Serviço Social), e os serviços complementares da área assistencial, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Patologia Clínica, Imagiologia, Anatomia Patológica, Medicina Física e de Reabilitação). Já com os serviços clínicos, nem sempre sucedeu o mesmo, foram constituídos Departamentos, mas aparentemente continuaram a existir redundâncias. Não

---

pareceu existir uma verdadeira reestruturação neste domínio, sucedendo-se as mudanças à medida que os directores de serviço saíram por motivo de aposentação.

Continuaram a existir serviços clínicos com funções similares sem uma efectiva integração, o que pode levar a questionar o processo, uma vez que estes serviços são quem contribui maioritariamente para atingir os objectivos de eficiência e de melhoria do acesso.

Aquando desta fusão, parecem não ter sido acautelados os aspectos relacionados com a cultura das organizações. Sobre a matéria, o segundo presidente em exercício, numa sessão pública (Correia da Cunha, Entrevista ao Jornal Interno do CHLN Março- 2011), referiu as diferenças de ambas *“(...) os dois hospitais têm origens, evolução e cultura específicas. O HSM foi o sucessor do Hospital Escolar de Lisboa, e tem sido a unidade nuclear da Faculdade de Medicina de Lisboa. O HPV, origina-se como Hospital Geral a partir do sanatório D. Carlos, tendo estabelecido vinculação íntima com a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.”* Sublinhe-se o carácter distinto das vocações académicas, que é determinante para o funcionamento, podendo constituir obstáculo á prossecução dos objectivos traçados para a organização.

### **3.2.2. Processo de Fusão dos Serviços de Cirurgia Geral**

A outra vertente de estudo do presente trabalho, incide sobre o Departamento Cirúrgico, concretamente nos Serviços de Cirurgia Geral I e II, Unidade de Cirurgia Geral e Unidade de Transplantação Cirúrgica.

Eram Serviços e Unidades de naturezas semelhantes que, ao longo dos cinco primeiros anos mantiveram a sua actividade com relativa redundância de prestação, sem segmentação e ultra-especialização específica, como seria esperado de um centro hospitalar universitário.

Por outro lado, o percurso histórico destas três estruturas foi pautado por avanços e recuos. Inicialmente, existiam três serviços de Cirurgia Geral, dois no Hospital de Santa

---

Maria (HSM) e um no Hospital de Pulido Valente (HPV). Prevvia-se que o HPV tivesse uma natureza de prestação de cuidados em ambulatório, destinando-se o seu Bloco Operatório em exclusivo a este fim. Deste modo, foi formalmente extinto o Serviço, enquanto unidade autónoma, passando os profissionais, em teoria, a estarem alocados aos dois Serviços do HSM e dependentes hierarquicamente dos respectivos directores. Este facto ficou consignado no Regulamento Interno aprovado ministerialmente.

Contudo, na prática nunca o Serviço de Cirurgia do HPV deixou de funcionar, tendo no entanto perdido identidade e idoneidade formativa.

Pressupôs-se também, que os congéneres do HSM absorveriam esta dinâmica e passariam a deslocar-se ao HPV para realização de cirurgias ambulatoriais, numa lógica de rentabilização de capacidades instaladas, o que veio a acontecer esporadicamente.

Verificando-se o insucesso desta primeira solução, retrocedeu-se no sentido de ser criada uma Unidade de Cirurgia Geral, por força de impedimento legal de criação de um Serviço em face ao plasmado no Regulamento Interno.

O Director do Departamento de Cirurgia, que era simultaneamente Director de um dos Serviços aposentou-se, no início do ano de 2013. Paralelamente, houve uma mudança de Conselho de Administração, tendo sido convidado para chefiar o Departamento e o respectivo Serviço um médico externo ao CHLN, mas com actividade académica na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Deste modo, no segundo semestre de 2013, iniciou-se um processo de reorganização, que implicou a eliminação dos Serviços enquanto entidades autónomas, para dar lugar a um processo de departamentação. Neste âmbito foram criadas as seguintes unidades funcionais: de Urgência Cirúrgica (incluindo um Centro de Trauma), Unidade de Cirurgia Geral, de Patologia Esófago-gástrica / Sarcomas, de Patologia Colo-rectal, de Patologia Hepato-Bilio-Pancreática, de Patologia Mamária, de Patologia Endocrinológica, de

---

Patologia Bariátrica, de Transplantação, e Área de Investigação e Ensino/Cirurgia Experimental. A estruturação neste modelo apontava para o incremento de cuidados clínicos diferenciados e de elevada complexidade.

Foi elaborado um regulamento interno do Departamento que veio a ser aprovado pelo órgão gestor cuja orgânica que se previa viesse a ser vertida num regulamento interno do CHLN que o CA se encontrava a elaborar, legitimando assim a extinção dos Serviços e da Unidade de Cirurgia Geral. O regulamento do Departamento de Cirurgia, expressa a filosofia de intervenção do novo Director, que pugnou por investir na oferta de cuidados clínicos diferenciados e de elevada complexidade, de modo a tornar a Cirurgia Geral do CHLN concorrencial com os hospitais similares e garantir a sua afirmação como pólo de atracção a nível nacional.

Esta reestruturação, conduziu à alteração das lideranças, deixando de existir os três Directores de Serviço, que passaram a liderar respectivamente as Unidades para as quais se sentiam mais vocacionados em termos de especialização. Visto existirem expectativas internas relativamente à liderança do Departamento e dos Serviços, a situação trouxe algum desconforto e várias facções de opinião. Coube ao órgão gestor comunicar esta decisão às lideranças cessantes.

Para além dos antigos Directores, foram indicados os restantes elementos para a liderança das unidades funcionais remanescentes. Foram escolhidos pelo Director do Departamento elementos com capacidade técnica e espírito de liderança, tendo sido recrutado um médico externo para a liderar uma Unidade, e iniciadas as diligências para recrutar um elemento a outro de hospital.

Esta situação implicou que as equipas cirúrgicas fossem reorganizadas, tendo o Director do Departamento utilizado a seguinte metodologia de comunicação: realização de convite aos coordenadores das unidades funcionais, e posterior reunião individual com todos os médicos do Departamento redistribuindo-os pelas unidades funcionais conforme à sua

---

vocação e especialização, o que nem sempre foi possível. Esta reorganização levou ao desmembramento de anteriores equipas e à sua deslocalização em termos de espaços físicos. As equipas resultantes tiveram dimensões variadas, bem como um número diverso de doentes atendidos.

A criação destas Unidades implicou que os médicos passassem a dedicar-se na sua maioria, a patologias específicas desde que o doente inicia o circuito pela consulta externa, até ao acto cirúrgico e respectiva alta da actividade assistencial. Tal mudança veio alterar as práticas clínicas e os hábitos pessoais.

Em termos de valências, foram reorganizadas as consultas externas sendo atribuídos tempos e espaços por equipa, sucedendo o mesmo aos tempos alocados às salas de Bloco Operatório, atento o número de médicos que constituem as equipas e o volume de doentes em espera cirúrgica, o que levou a uma alteração dos horários dos médicos e a sua adequação aos recursos físicos. Relativamente ao internamento, não foram especificadas camas para internar os doentes por unidade a fim de evitar ineficiências associadas a reserva de camas e à sua inutilização.

Foi criada uma equipa fixa para a urgência cirúrgica tendo em vista adequar o número de médicos por equipa às necessidades de procura da população nesta vertente, que no passado parecia estar em excesso.

No âmbito da política de encerramento de Serviços do HPV e consequente reestruturação da utilização do mesmo, os médicos da Unidade de Cirurgia Geral foram integrados e distribuídos pelas diferentes unidades especializadas no HSM, sendo um primeiro grupo integrado no final do terceiro trimestre de 2013 e um segundo no final do ano. Esta situação implicou o encerramento do internamento, a perda de tempos de bloco operatório, e gabinetes de consultas, reduzindo globalmente a capacidade instalada de recursos físicos do Departamento de Cirurgia.

---

Foram introduzidas novas formas de actuação, designadamente, um maior acompanhamento pelo Director do Departamento na visita clínica diária, o que permitiu aumentar a eficiência, diminuindo a demora média através de internamentos desnecessários, a criação de novas regras de introdução de doentes em Lista de Espera Cirúrgica (LIC), procurando remeter-se os utentes de fora de área de referenciação e com patologias simples para os hospitais da sua área de residência, no intuito de adequar o nível de complexidade de cuidados à elevada diferenciação inerente ao CHLN.

Foram instituídos dois tipos distintos de reuniões clínicas com periodicidade semanal. Um destinado à discussão da morbilidade e mortalidade verificada nos doentes operados e à programação das cirurgias da semana seguinte cujo objectivo é a avaliação e discussão dos eventos adversos ocorridos e, à verificação e validação dos programas operatórios. Devido à dimensão do Departamento programaram-se duas destas reuniões por semana, envolvendo cada uma metade das suas Unidades constituintes. Estas reuniões, com a duração de uma hora, são seguidas da visita médica aos doentes internados pelas Unidades em causa.

O segundo tipo de reunião envolve semanalmente todo o Departamento e destina-se à apresentação e discussão de problemas científicos e clínicos. Tem a duração de uma hora e apresenta uma programação própria, envolvendo sequencialmente todas as Unidades do Departamento. Assume uma natureza formativa e também de discussão de problemas associados a projectos de investigação.

Em termos de processos administrativos, foram criadas reuniões mensais de chefias, transversais aos diferentes grupos profissionais, designadamente médicos e enfermeiros, com informação relativa à monitorização da actividade assistencial e avaliação dos custos directos, onde são discutidos os principais problemas, e sempre que possível apontadas soluções e identificados os interlocutores que pudessem realizar as devidas melhorias. Foi também estruturado um processo de informação detalhado relativamente às LIC (Listas de Inscritos para Cirurgia), por unidade funcional, que implicava o contacto com doentes no



---

sentido de validar a sua situação de necessidade cirúrgica; o registo da mesma na aplicação informática que gere nacionalmente esta vertente; e o fornecimento de listas de espera cirúrgicas actualizadas aos médicos responsáveis pelas unidades, de modo a programarem as cirurgias nos tempos clinicamente aceitáveis em termos do enquadramento legal vigente. Para além da validação administrativa, foi também estruturado um grupo de médicos, que reavaliava, sob ponto de clínico, as necessidades dos utentes para a realização de cirurgias, através da realização de consultas externas. Passou a existir forte empenho do Director na programação cirúrgica, de modo a reduzir a espera dos utentes e rentabilizar a utilização dos blocos operatórios. Anteriormente ao processo de fusão dos Serviços, muitos utentes de patologias simples, não eram operados no HSM por terem ultrapassado o tempo clinicamente aceitável, de acordo com as Portarias n.º 45/2008, de 15 de Janeiro e n.º 1529/2008 de 26 de Dezembro, sendo emitidos vales cirúrgicos para entidades hospitalares convencionadas, no domínio do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), ónus financeiro que veio a recair sobre o CHLN. Com a gestão rigorosa da LIC, procurou aumentar-se a capacidade de resolução interna e obstar a essa circunstância.

Sendo a fusão um processo dinâmico, veio a verificar-se a necessidade de alargar a capacidade instalada operatória, pelo que, no primeiro trimestre de 2014, foram reorganizadas as equipas cirúrgicas no sentido de utilizar o bloco operatório do HPV para a cirurgia de ambulatório, dando resposta a actos cirúrgicos menos complexos.

Ainda no domínio do bloco operatório, foram definidas as regras de utilização de material de consumo clínico de elevados custos unitários, especificamente o material de sutura eléctrica, devendo as mesmas serem aplicadas apenas em procedimentos específicos, tendo em vista a diminuição de custos com esta rubrica contabilística.

A criação da estrutura departamental necessitou de alguns, poucos, acertos na sua articulação com a Faculdade de Medicina. Estas alterações estão relacionadas com o facto do Departamento de Cirurgia dar apoio ao ensino de duas cadeiras clínicas, cada uma

---

apresentando o seu programa lectivo. De entre as medidas empregues, salienta-se a necessidade de troca de assistentes da Faculdade entre as duas cadeiras, de forma a fazer coincidir a sua actividade clínica, agora especializada, com as matérias que necessitam de leccionar. Este processo decorreu sem obstáculos significativos. Com a fusão dos serviços, foi também necessário aumentar a colocação de alunos das cadeiras cirúrgicas noutros hospitais, o que foi bem recebido pelos Serviços em causa.

No contexto da especialização, que a estrutura departamental representa, foram criadas consultas multidisciplinares para um conjunto de patologias. Esta abordagem transversal, constitui uma importante melhoria do atendimento aos doentes que carecem de cuidados nas respectivas áreas. Salientamos a criação de uma Unidade de Urgência Cirúrgica destinada ao atendimento de todos os doentes cirúrgicos que acorrem ao hospital nos períodos normais de trabalho. Esta Unidade, com este propósito e organização, sendo única no país representa uma grande evolução face ao paradigma assistencial anterior. Foram criadas também Consultas Multidisciplinares por patologia, de que salientamos a Consulta de Pé Diabético e de Patologia Mamária. Está em curso a criação de um Centro de Trauma de nível I, bem como a criação de mais consultas multidisciplinares dirigidas a áreas críticas da actividade clínica.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISE DE RESULTADOS

#### 4.1.1. Análise de Informação Quantitativa de Actividade Assistencial de Custos e Recursos Humanos

Esta análise de informação quantitativa, tendo em vista preservar os diferentes Serviços que compõem o actual Departamento de Cirurgia Geral, é apresentada com dados agregados, que constam detalhadamente do ANEXO IV.

A análise dos indicadores assistenciais incide sobre o quinquénio de 2010 a 2014 (valores estimados), e são relativos aos Serviços de Cirurgia I e II e as Unidades de Cirurgia Geral e Unidade de Transplantação Cirúrgica que compõem o Departamento de Cirurgia Geral. O Gráfico I, diz respeito à evolução de indicadores de qualidade do internamento.

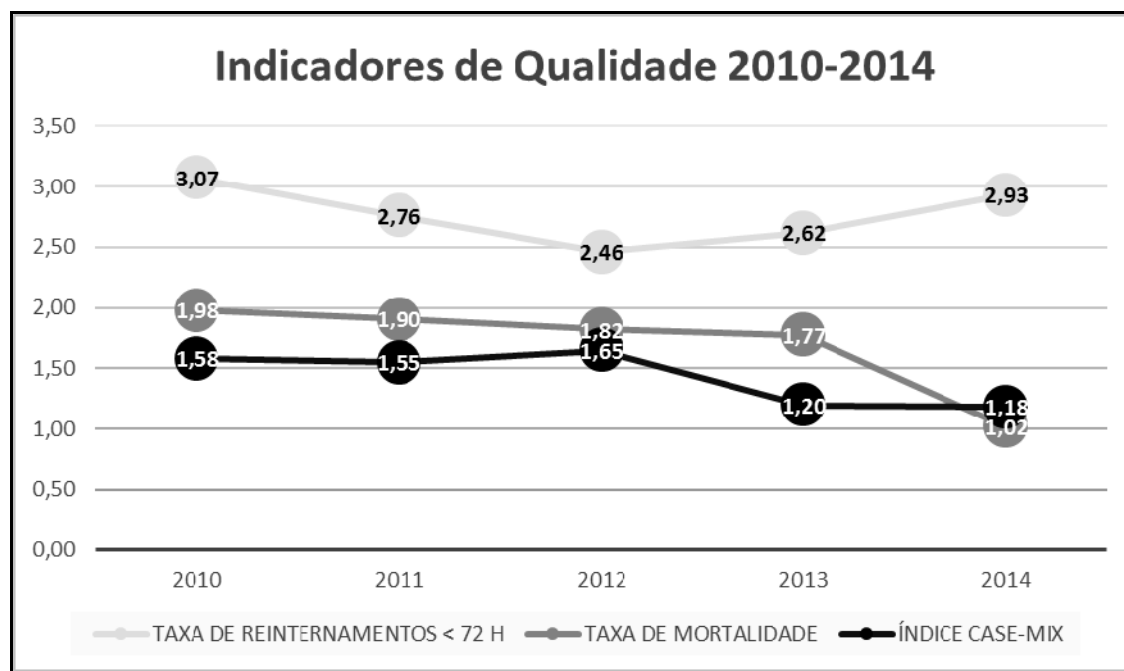


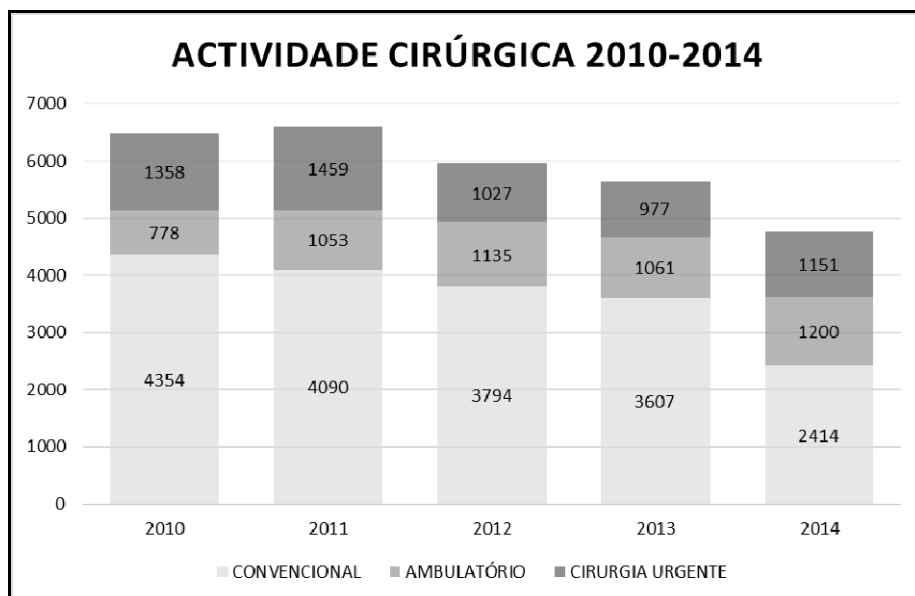
Gráfico 1 – Indicadores de Qualidade entre 2010-2014

No domínio do internamento assistiu-se a uma diminuição de 32% da lotação praticada, a um decréscimo de 37% dos doentes saídos, a demora média manteve-se e o número de doentes saídos por cama decresceu 16% (Tabela IX).

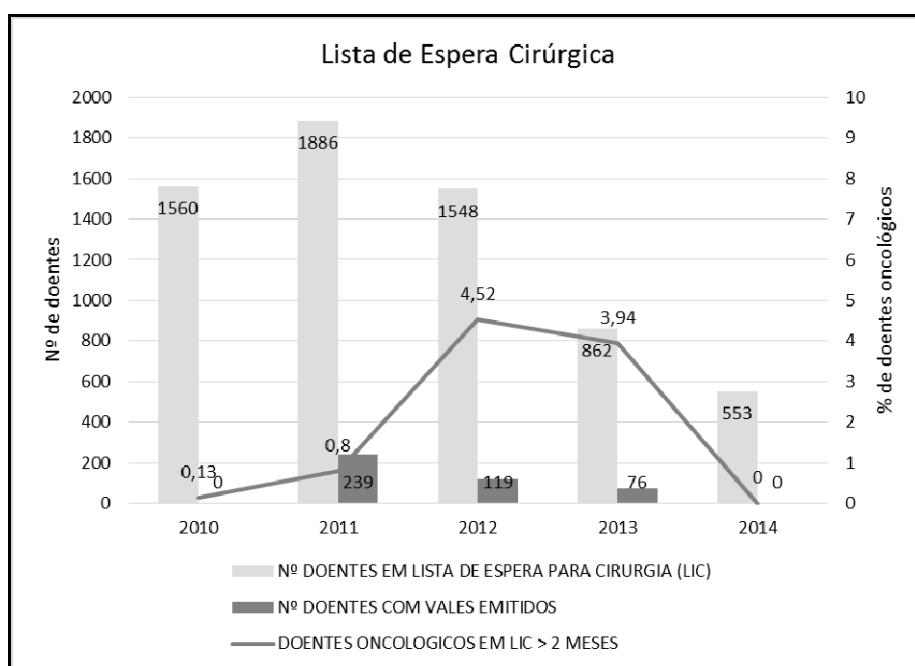
**Tabela IX- Indicadores de internamento entre 2010 e 2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Lotação média praticada</b>	145	145	138	130	98
<b>Doentes saídos</b>	6214	6087	5735	5236	3890
<b>Taxa de ocupação (%)</b>	79,62	77,5	75,09	70,65	73,82
<b>Doentes saídos por cama</b>	52,94	46,34	49,28	44,55	44,46
<b>Demora média (dias)</b>	6,21	6,41	6,01	6,13	6,18

Quanto à actividade cirúrgica, as cirurgias programadas convencionais sofreram uma diminuição de 45%, e a cirurgia convencional urgente decresceu 15%. Assistiu-se a um crescimento da actividade de ambulatório em 54%, aumentando particularmente no ano de 2014, o que revela uma alteração do padrão de actuação dos Serviços. Quanto às Listas de Espera Cirúrgicas (LIC), o número de doentes a aguardarem a realização de cirurgia reduziram cerca de 36%, com similar redução nas medianas do tempo de espera. Um outro aspecto positivo nesta matéria foi a redução de doentes oncológicos com espera superior a dois meses (Gráficos 2 e 3).

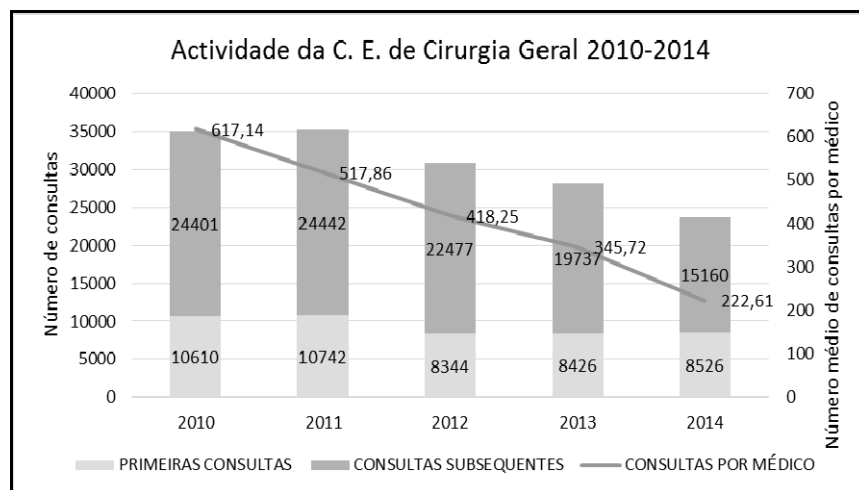


**Gráfico 2 – Evolução da actividade cirúrgica entre 2010-2014**



**Gráfico 3 – Evolução das Listas de Espera Cirúrgicas entre 2010-2014**

No que se refere às consultas externas neste período assistiu-se a uma redução de 20%, com maior decréscimo nas consultas subsequentes e aumento da taxa de primeira consulta, o que traduz melhoria no acesso à prestação de cuidados cirúrgicos. As consultas por médico decresceram 64% (Gráfico 4).



**Gráfico 4 – Actividade da Consulta Externa de Cirurgia Geral entre 2010-2014**

Foram também analisados os custos directos com material de consumo e produtos farmacêuticos, no quadriénio de 2011 a 2014 (valores estimados). Os custos com produtos farmacêuticos referem-se a medicamentos, (cujo peso na rubrica se cifra em 96%), reagentes e gases, tendo, na globalidade no período em análise, diminuído 68%. Chama-se a atenção para o decréscimo de 72% dos custos com medicamentos no internamento. Relativamente ao material de consumo, que compreende material, clínico (95% do peso dos custos), administrativo, hoteleiro e, de manutenção e reparação. Na globalidade apresentou um decréscimo de 42%, e sectorialmente de 44% no Bloco Operatório e de 55% no Internamento.

No que se refere a recursos humanos, médicos, verificou-se que, no último triénio, o número de efectivos se mantém estável, mas que o número de horas extraordinárias realizadas diminuiu de 2013 para 2014 em 19%. Recorde-se que sendo o CHLN, um hospital público, com as características inerentes a uma organização burocrática, os efectivos na maioria só saem da organização, por aposentação. Já quanto à realização de horas extraordinárias, as mesmas são efectuadas podendo ter em conta as necessidades da procura e a organização das actividades assistenciais (Tabela X).

**Tabela X- Número de Médicos por ETC, e Horas Extraordinárias**

Serviços	2010	2011	2012	2013	2014 (estimativa)	Δ % 14/13
N.º médicos ETC (40H)	82	79	70	70	72	2,86%
Número de Horas Extraordinárias	72.066	70.078	66.289	56.965	46.093	-19,08%

#### **4.1.2. Resultados das Entrevistas**

As entrevistas, como já referido, foram analisadas através do método de análise de conteúdo, na perspectiva de diferentes dimensões que respondem ao modelo de análise, cujo conteúdo se encontra descrito em detalhe no ANEXO V.

##### **4.1.2.1. Fusão Hospitalar**

###### *Objectivos/propósitos estratégicos*

Procurou-se saber qual a percepção dos líderes intermédios relativamente aos objectivos do processo de fusão hospitalar. Na opinião dos líderes intermédios, o principal objectivo que parece estar subjacente a uma fusão hospitalar, é a redução de despesa que reuniu 31% das respostas, ficando muito próximo o aproveitamento de sinergias com 23%, factor que vai na mesma ordem de ideias. Um grupo com algum significado não percebeu o propósito da fusão, representando 15%, sendo que igual percentagem de respondentes ficou com uma percepção negativa da fusão.

###### *Grau de Adesão das Chefias*

Julgou-se relevante conhecer se os respondentes concordavam com a necessidade da fusão dos hospitais. A maioria tem dúvidas quanto ao processo expressa nos 45% de respostas de hesitação, havendo ainda um grupo mais negativo, que representa 18%, que não viu benefícios na fusão. Por outro lado, existe um grupo que representa 27% de respostas, que foi no sentido de concordar com o processo de fusão hospitalar, e cujos

---

fundamentos se discriminam através da seguinte resposta: *“(...) há actividades como eu falei antes eventualmente sobreponíveis, mas eu acho que faz sentido, até devido à proximidade geográfica e à proximidade da população de que é alvo, faria sentido haver uma fusão dentro da filosofia de fusão de Unidades Hospitalares, eu acho que esta faz sentido”*.

#### *Alinhamento com a hierarquia*

Teve interesse perceber até que ponto a concordância ou discordância era comum ao órgão gestor. Um grupo de 45% de líderes intermédios cirúrgicos concorda com a fusão dos hospitais, transcreve-se em seguida uma outra afirmação que é exemplificativa: *“Eu fundia as duas coisas e despachava meia dúzia de pessoas que não fazem nenhum e ficava com um hospital como deve ser com o melhor que há nos dois. Mas isso, eu não posso fazer.”*. Existe um outro grupo que é claramente contra a fusão hospitalar, representando 27% das respostas, e dos quais são exemplos as seguintes afirmações: *“eu acho que as fusões hospitalares deixando unidades semi-autónomas noutra espaço físico resultam pessimamente! Eu procuraria que, dentro de um mesmo espaço físico, de grande proximidade, estivessem todos os serviços que foram fundidos. A separação física e organizacional é péssima”*. *“Pela dispersão física de alguns serviços, que ocorreram aqui, torna-se extraordinariamente difícil gerir a actividade conjunta. Ou seja, a fusão de hospitais que geograficamente estão separados torna extraordinariamente difícil a gestão intermédia (a outra não posso dizer).(...). Gera conflitos, gera problemas, gera desorganização.”*. Existe ainda um grupo que tem dúvidas sobre o processo, que se enquadra na sub-categoria de hesitação e que representa 27%.

#### *Sentimentos sobre a fusão*

Uma vez que a maioria destes profissionais ao tempo da fusão hospitalar não eram chefias, procurou-se saber como foram percebidos os sentimentos face a um processo de mudança. Um grupo extenso de 55% revelou que perante uma fusão os profissionais sentem medo e insegurança exemplo disto é a seguinte afirmação: *“(...) na actual situação*



---

*que o País e o mundo atravessa, competitivo e em que não haverá lugar para todos, eu acho que as pessoas têm que forçosamente pensar um pouco na sua vida..”*. Um grupo de 27% percebe negativamente a fusão e apenas 18% entende o processo com naturalidade.

### *Comportamento calculista*

Quis-se saber quais os benefícios que a fusão hospitalar pode ter na vida dos profissionais. O maior grupo de respondentes julga que a fusão pode despertar sentimentos positivos, representando 42%, de que é exemplo a seguinte opinião: “(...) faz com que eventualmente a visão que se tem de uma realidade não seja igual em dois sítios diferentes... e a fusão de duas visões diferentes, a implementação de um modelo único e a junção de pessoas que trabalham de um modo diferente, que não se conheciam eventualmente muito e que passam a conhecer-se e a trabalhar juntos é capaz de ser um desafio interessante e desafiante.” Existe ainda um pequeno grupo, que corresponde a 17%, que não vê qualquer vantagem na vida dos profissionais, e um outro com relativa dimensão, correspondendo a 33%, que após todo este tempo se mantém hesitante sobre o que pensar.

### *Sinergias*

Julgou-se ser de interesse saber a opinião dos inquiridos sobre o valor acrescentado que o processo de fusão trouxe às organizações hospitalares que o constituíram.

A maioria dos respondentes, correspondente a 45%, caem na sub-categoria de facilitada, julga que as fusões podem ser sinérgicas e mais eficientes. Existe um grupo relativamente dimensionado, com 36% de inquiridos, que julga que a fusão não traz mais valias. São disso exemplo as afirmações seguintes: “(...)são mega Unidades que são difíceis de controlar!”. “(...) se não se aumentar a logística instalada, não! (..) Depois é gente a mais e capacidade a menos.”

## Melhoria de Qualidade

Pareceu relevante perceber a opinião dos líderes intermédios sobre a melhoria da qualidade para os doentes advinda da criação do CH. Uma maioria de 60% concorda que houve potencial, exemplificada na seguinte opinião: *“Serem atendidos por pessoas que são mais especializadas, que são mais competentes, que vão fornecer melhores resultados imediatos e à distância, que vão diminuir a taxa de complicações, que vão fazer de alguma forma até poderem fazer as coisas mais rápidas e, portanto, para o mesmo tipo de recursos instalados, poderem tratar mais doentes, diminuindo as listas de espera.”* Uma minoria de 20% julga que a fusão piora a qualidade.

Seguidamente apresenta-se o quadro que sintetiza a percepção da liderança intermédia sobre a fusão hospitalar (Tabela XI):

**Tabela XI- Resumo da Análise de Conteúdo da Fusão Hospitalar**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Síntese</b>
<b>Objectivos/Propósitos estratégicos</b>	<b>Aproveitamento de Sinergias</b>	23,1%	(+) 61,5%
	<b>Redução Despesas/Custos</b>	30,8%	
	<b>Não Sabe</b>	15,4%	
	<b>Especialização</b>	7,7%	(-) 38,5%
	<b>Problemático</b>	15,4%	
	<b>Não resposta</b>	7,7%	
<b>Grau de Adesão</b>	<b>Sim</b>	27%	(+) 27,3%
	<b>Não</b>	18%	(-) 72,7%
	<b>Hesitação na resposta</b>	45%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	9%	
<b>Alinhamento com a hierarquia do topo</b>	<b>Idênticos</b>	45%	(+) 45%
	<b>Não</b>	27%	(-) 55%
	<b>Hesitação</b>	18%	100,00%
	<b>Não resposta</b>	9%	

**Tabela XI (cont.)**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Síntese</b>
<b>Sentimentos sobre a fusão</b>	<b>Preocupação/ Insegurança</b>	55%	(+) 18%
	<b>Naturalidade</b>	18%	(-) 82%
	<b>Negatividade</b>	18%	
	<b>Não resposta</b>	9%	100,00%
<b>Comportamento Calculista</b>	<b>Não</b>	17%	(+) 50%
	<b>Talvez</b>	33%	(-) 50%
	<b>Sim</b>	42%	
	<b>Não resposta</b>	8%	100,00%
<b>Sinergias</b>	<b>Facilitada</b>	45%	(+) 45%
	<b>Dificultada</b>	36%	(-) 55%
	<b>Hesitante</b>	9%	
	<b>Não resposta</b>	9%	100,00%
<b>Melhoria de Qualidade</b>	<b>Melhores</b>	60%	(+) 70%
	<b>Sem Alterações</b>	10%	(-) 30%
	<b>Piores</b>	20%	
	<b>Não resposta</b>	10%	100,00%

Os resultados obtidos sobre a fusão hospitalar de acordo com a percepção dos líderes intermédios cirúrgicos não parece ser muito favorável. Os aspectos que consideram mais positivos prendem-se com o cumprimento dos objectivos e propósitos estratégicos, bem como com o incremento da melhoria de qualidade para os doentes. Uma maioria sente que não houve da parte dos profissionais grande adesão a esta situação e que os sentimentos por eles vivenciados foram sobretudo de medo e insegurança, não existindo uma definição muito clara sobre os efeitos positivos que o processo teve na vida dos profissionais.

#### **4.1.2.2. Fusão dos Serviços Assistenciais**

##### *Relacionamento entre serviços*

Procurou-se perceber qual a articulação entre os médicos dos três Serviços que foram fundidos, se existiam focos de tensão e de conflito. Da análise realizada verificou-se que

---

existiam dúvidas quanto ao nível de relação, visto 46% dos respondentes terem revelado hesitações, 27% considerarem as relações pacíficas e melhores, e apenas 9% as consideraram piores. O que subjaz é que os profissionais pareceram fazer um esforço para funcionarem normalmente e se relacionarem com normalidade, tal como se infere das respostas obtidas consideradas como hesitantes.

### *Objectivos/propósitos estratégicos*

Importava saber com este item qual o nível de compreensão dos líderes intermédios relativamente aos objectivos que se pretenderam com a fusão de Serviços, uma vez que a mesma foi determinada pelo órgão gestor da instituição. Parece ter havido uma convergência de respostas relativamente aos objectivos pretendidos, uma vez que se tratam de lideranças médicas. Assim, as mais valias que se pretendem da fusão dos Serviços relacionam-se com a especialização dos profissionais na área técnica, obtida pela realização de mais casuística por patologia, tendo-se obtido 44% de respostas nesta sub-categoria - *“com a concentração de patologias, as pessoas vão ganhar experiência e o utente vai beneficiar com isso”*. Dois outros aspectos que vieram a considerar-se relevantes relacionam-se com a redução de custos, ganhos obtidos com economias de escala e aproveitamento de sinergias que, em conjunto, se cifraram em 31% das respostas obtidas, o que permite depreender que os respondentes associam os objectivos da fusão à vertente de carácter economicista.

### *Canal de Comunicação*

Abordaram-se os aspectos da comunicação por se entender que a sua boa gestão é factor crítico de sucesso para o processo de mudança em que se enquadra a fusão de serviços clínicos. Procurou-se saber quais foram os canais de comunicação utilizados para transmissão deste processo dentro da instituição. Tal como já se descreveu anteriormente, o processo de comunicação deu-se pela abordagem directa e individual do Director do Departamento com todos os médicos e, posteriormente, em reunião formal de grupo, tal como explicitado *“Informou-me pessoalmente e depois houve uma reunião formal no*

---

serviço, em que nos explicou isto que está a acontecer”. Este processo foi plasmado na resposta de 50% dos inquiridos, contudo é relevante considerar os 40% de respondentes que não se lembraram deste circuito comunicacional.

### *Eco da Mensagem*

Relativamente à fusão dos três Serviços, após a criação das Unidades Funcionais, foram designados os líderes para as coordenarem, importava saber como se repercutiu a mensagem nos restantes profissionais, pelo que foram questionados sobre a sua actuação relativamente aos seus colaboradores. A análise desta resposta parece reflectir que houve uma discrepância na compreensão no processo de transmissão da informação, uma vez que 30%, entenderam que a informação devia ser transmitida pelo Director; outros 30% assumiram como sua, a função de transmissão desta informação aos elementos da sua unidade funcional; e outros 30% parecem tê-lo feito apenas aos médicos de quem estavam mais próximos.

### *Suporte de transmissão da informação*

Procurou-se saber que tipo de suportes que se utilizaram para comunicar com os colaboradores. O veículo reunião e a comunicação informal, tipo “conversa de café”, parecem ter sido preponderantes, reunindo ambas 37,5% de respostas. Refira-se ainda que um dos entrevistados não discriminou como procedeu à comunicação, e três não comunicaram.

### *Grau de Adesão das chefias*

Um outro aspecto que importava perceber era o grau de compromisso que os respondentes manifestavam face à reorganização resultante da fusão dos Serviços. As chefias intermédias parecem claramente ter aderido a este processo de reestruturação pelos 70% de respostas afirmativas obtidas, verificando-se que não houve qualquer resposta negativa, havendo 20% de hesitações, pelo que o processo parece ter claramente

---

a adesão das chefias. Esta adesão parece também ter um carácter adaptativo, traduzido na seguinte resposta *“O que eu lhe posso garantir é que tenho a sensação que isto está a correr melhor do que corria há um mês atrás, por exemplo. Porque as pessoas estão a adaptar-se. Uma adaptação”*.

#### *Alinhamento com a hierarquia*

Importava saber até que ponto existia concordância com a chefia do Departamento suportada na decisão do órgão gestor do Centro Hospitalar. Mais uma vez se comprova que a equipa que chefia as unidades funcionais está em consonância com a hierarquia, transparecendo deste modo o alinhamento, uma vez que 60% dos respondentes revelam ter objectivos idênticos aos superiores hierárquicos. Apenas um dos inquiridos afirma não ter os mesmos objectivos, e outro parece não dar relevância a este aspecto ao responder que não sabe.

#### *Relação com a base operacional*

Procurou-se perceber o papel das lideranças intermédias na veiculação da informação do topo para a base. Infere-se que houve reacções negativas da parte das bases se tivermos em conta os 30% de resposta de negatividade, 20% de preocupação e insegurança, o que, no seu conjunto perfaz 50%. Por outro lado, 30% dos respondentes revelam que os seus colaboradores encararam com naturalidade esta reestruturação.

#### *Percepção do alinhamento dos outros pares*

Foi ainda considerado importante perceber como é que estas lideranças percepcionaram o alinhamento dos seus pares. Esta questão parece entrar em contradição com resultados anteriores relativamente ao grau de adesão do projecto, uma vez que 36% dos respondentes percepcionaram que os seus pares apenas em parte foram defensores da fusão e 18% revelaram hesitar na resposta. Por outro lado, 36% dos inquiridos julgaram que os seus pares foram tão defensores da mudança como eles próprios. Alguns receios

---

parecem advir da insegurança relativa à adequação da capacidade instalada de recursos físicos: “Gente a mais para bloco a menos, e para espaço a menos na enfermaria”.

#### *Explicitação dos procedimentos*

Mais uma vez se avaliam as questões da comunicação e desta feita associadas aos procedimentos necessários para que o processo decorra sem rupturas. Inferiu-se pelos 55% de respostas de comunicação formal, que este aspecto da transmissão de informação da Direcção do Serviço para as chefias intermédias parece ter funcionado; por outro lado, a comunicação informal revela algum peso pelos 27% de respostas obtidas todas elas num sentido positivo. A ausência de informação só foi mencionada por um respondente.

#### *Planificação do processo*

Após a comunicação dos procedimentos a desenvolver, importava compreender quais as consequências da sua aplicação. Parece ter sido claro o conhecimento dos líderes intermédios sobre a estratégia de reorganização da fusão dos Serviços, tendo em consideração que 60% dos respondentes percepcionarem que os procedimentos propostos foram seguidos, verificam-se dúvidas em 20% das respostas.

#### *Eficácia dos procedimentos*

Procurou-se saber se a nível estratégico da Direcção do Serviço os procedimentos propostos foram os mais correctos. As respostas a esta questão revelam claramente a concordância da maioria com os procedimentos propostos e desenvolvidos, como revelam os 80% de respostas de “correctos”. Apenas 10% revelaram dúvidas e, ainda assim, as mesmas apresentaram-se quanto a duas instâncias, uma o posicionamento do Director do Serviço, que parece não ter apresentado contestação, e o outro o do Conselho de Administração, que é entendido como não respeitando a forma como comunicou a fusão dos Serviços.

---

### *Apelo à participação*

Estando subjacente que a informação prestada nestes processos pode estar relacionada com a participação e integração das lideranças no projecto, concluiu-se que 70% dos respondentes afirmam que foram devidamente informados e apenas 20% afirmam que não o foram devidamente. A ausência de informação parece decorrer mais de um distanciamento percebido do órgão gestor que da chefia intermédia

### *Comprometimento*

Considerou-se importante perceber como é que se ia desenvolvendo e adaptando o espírito de equipa à medida que a fusão dos serviços se ia consolidando. 36% Dos líderes intermédios percebem que a equipa está alargada e empenhada, uma vez que corroboram que houve aceitação do processo- *“(...)acho que a maior parte das pessoas está a ficar satisfeita”*. Todavia, esta situação não é de leitura linear, uma vez que as dúvidas sobre este diagnóstico estão patentes no somatório de rejeição do processo, situação totalmente negativa, e nas sub-categorias de *“dúvida”* e *“aceitação em parte”*, cifrando-se a totalidade das mesmas em 55%. O empenho e motivação parecem decorrer da reorganização em Unidades especializadas uma vez que as mesmas dão a possibilidade dos profissionais realizarem e praticarem procedimentos cirúrgicos altamente especializados. As equipas cirúrgicas foram reestruturadas, perdendo os chefes de equipa alguns elementos, mas ganhando outros.

### *Mobilização para o processo*

Uma vez que não se conhecia o comprometimento da equipa, pretendia-se saber o que ainda poderia ser feito para mobilizar os intervenientes no processo. Os inquiridos, afluíram ligeiramente a questão da mobilização para o processo, havendo uma opinião difusa sobre a matéria. Como mais relevante apelam à participação na medida que referem a necessidade de motivação e o envolvimento de todos, o reconhecimento e valorização externa e a necessidade de reorganizar as estruturas já criadas, reunindo estes factores 60% de respostas.



---

### *Comportamento calculista*

Um aspecto que se considerou pertinente foi saber o impacto da fusão na progressão da carreira dos profissionais. A posição tem a ver com a faixa etária, os mais velhos já progrediram o que tinham a progredir e, com o regime de carreiras estagnado, não parecem existir muitas perspectivas de progressão num curto prazo, daí os 33% de respostas negativas expressas por opiniões tais como: *“(...) eu tinha uma autonomia técnica e científica que me dava aqui uma situação de algum privilégio, que é muito agradável em termos de trabalho. Essa situação desapareceu com esta remodelação, não só deixei de ter esse privilégio porque fui retirado desse grupo”*. Todavia, 33% consideraram positiva a fusão para a sua carreira. O longo prazo associado a esta reestruturação parece trazer alguma esperança, como corroboram as sub-categorias de *“talvez”* e *“não sei”* com 24%.

### *Sentimento de pertença*

Quis-se saber quais os obstáculos que se colocavam à integração dos três Serviços. As respostas a esta pergunta estão indiferentemente distribuídas pelas sub-categorias, todavia podem-se agrupar em: resistência à mudança, com as sub-categorias *“desconfiança dos trabalhadores”* com 25%; *“dificuldade em aceitar a especialização”* 8%; problemas estratégicos – *“estratégia indefinida”* 8%; falta de capacidade instalada da estrutura física 17%; Contexto externo- *“relações com outras organizações”* 8%; *“contexto nacional desmotivador”*, 17%. É mencionada a falta de capacidade instalada no Bloco Operatório que não permite a todos os médicos operarem os seus doentes

### *Sinergias*

Procurou-se saber qual a opinião dos respondentes sobre o valor acrescentado que o modelo poderia gerar. Claramente as lideranças intermédias das unidades funcionais pensam ser vantajosa a fusão de Serviços, pelos 60% de respostas obtidas na subcategoria de *“facilitada”*. *“(...) em coisas que se faziam nos Serviços, as indicações eram más, a actuação era péssima e as co-morbilidades eram muito grandes. Essas patologias se*

---

*estiverem metidas em certos grupos, isso não vai acontecer, vai melhorar os resultados. Vai diminuir a mortalidade, vai diminuir as morbilidades. Portanto, o “skill” das pessoas vai ser superior”.* Por outro lado, parece existir um grupo que não atribui qualquer vantagem neste processo, estando estas opiniões plasmadas na sub-categoria dificultada com 30%.

#### *Enriquecimento das tarefas e competências*

Considerou-se importante perceber se a sinergia gerada pelo processo de fusão teria impacto nas suas competências. As respostas que parecem ter uma maior percentagem, 36%, apontam no sentido dos inquiridos perspectivarem o seu crescimento, todavia não muito distantes, pois com 27%, situam-se as respostas da estagnação e, com igual valor as opiniões hesitantes, o que, se tivermos em conta o seu somatório, 54%, parece reflectir alguma desconfiança em relação ao futuro.

#### *Relevância das competências*

Esta questão foi formulada para controlo relativo ao impacto da fusão nas competências. 50% Dos líderes intermédios percebem como relevante o incremento das suas competências na decorrência do processo de fusão e 40% distribuem-se entre considerarem que o mesmo é irrelevante e os que têm dúvidas sobre o impacto do processo. *“(...) foram preservadas competências em termos de gestão de Unidades Funcionais. Pronto! Isso foi preservado. Mas só que o somatório não era igual quando se transformou uma coisa que era multifacetada, numa situação que, neste momento, é muito limitada. Um Serviço significava tratar variadíssimos doentes no aspecto de patologias “mais ou menos”... um leque alargado de patologias e depois as pessoas, nesta situação, ficam mais confinadas a coisas muito específicas. Tem benefícios e tem desvantagens.”*

#### *Metodologia de trabalho*

Uma vez que se tratava de três Serviços de duas instituições hospitalares distintas procurou-se avaliar a compatibilidade de métodos de trabalho. Existe uma maioria clara,

---

60% que crê que os Serviços têm uma metodologia de trabalho compatível, o que parece traduzir-se numa perspectiva optimista, que transparece na seguinte resposta “(...) *E isso até é enriquecedor, vir trabalhar com várias pessoas, com várias maneiras de fazer as coisas. Portanto acho que torna-se perfeitamente compatível! Não há-de ser porquê? Basta que uma pessoa esteja minimamente a par da evolução e queira aprender! E todos os dias estamos sempre a aprender uns com os outros! E se as pessoas vêm, desde que tragam experiências novas, um indivíduo pode ficar mais rico! Para essas coisas do saber! E isso é bom!*”. Contrariamente existe um grupo de respondentes ainda significativo (30%) a quem parece muito clara a incompatibilidade metodológica.

Seguidamente apresenta-se o quadro que sintetiza a percepção da liderança intermédia sobre a fusão de Serviços (Tabela XII).

**Tabela XII- Resumo da análise de conteúdo da Fusão de Serviços assistenciais**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Síntese</b>
<b>Relacionamento entre serviços</b>	<b>Melhores</b>	18,2%	(+) 36,4% (-) 63,6%
	<b>Sem Alterações</b>	9,1%	
	<b>Pacíficas</b>	9,1%	
	<b>Piores</b>	9,1%	
	<b>Hesitação</b>	45,5%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	9,1%	
<b>Objectivos/Propósitos estratégicos</b>	<b>Aproveitamento de Sinergias</b>	18,8%	(+) 68,8% (-) 31,3%
	<b>Redução Despesas/Custos</b>	12,5%	
	<b>Economias/ Ganhos de Escala</b>	12,5%	
	<b>Reorganizar as instituições</b>	6,3%	
	<b>Especialização</b>	43,8%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	6,3%	
<b>Canal de comunicação</b>	<b>Via formal interna</b>	50,0%	(+) 50,0%
	<b>Meios Informais</b>	40,0%	(-) 50,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%
<b>Eco da Mensagem</b>	<b>Ninguém</b>	30,0%	(+) 30,0%
	<b>Colaboradores</b>	30,0%	(-) 70,0%
	<b>Parceiros</b>	30,0%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	
<b>Suporte de Transmissão da informação</b>	<b>Reunião</b>	37,5%	(+) 75,0%
	<b>Comunicação Informal</b>	37,5%	(-) 25,0%
	<b>Forma não discriminada</b>	12,5%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	12,5%	
<b>Grau de Adesão</b>	<b>Sim</b>	70,0%	(+) 70,0%
	<b>Hesitação na resposta</b>	20,0%	(-) 30,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%
<b>Alinhamento com a hierarquia do topo</b>	<b>Idênticos</b>	60,0%	(+) 60,0%
	<b>Não</b>	10,0%	(-) 40,0%
	<b>Desconhece</b>	20,0%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	
<b>Relação com a base operacional</b>	<b>Preocupação/ Insegurança</b>	20,0%	(+) 30,0% (-) 70,0%
	<b>Naturalidade</b>	30,0%	
	<b>Negatividade</b>	30,0%	
	<b>Desconhece</b>	10,0%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	

*Tabela XII(cont.)*

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Síntese</b>
<b>Percepção do alinhamento dos pares</b>	<b>Sim</b>	36,4%	(+) 72,7% (-) 27,3%
	<b>Em parte</b>	36,4%	
	<b>Hesitação</b>	18,2%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	9,1%	
<b>Explicação dos Procedimentos</b>	<b>Ausência de informação</b>	9,1%	(+) 81,8% (-) 18,2%
	<b>Comunicação formal</b>	54,5%	
	<b>Comunicação informal</b>	27,3%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	9,1%	
<b>Planificação da acção</b>	<b>Procedimentos seguidos</b>	60,0%	(+) 60,0% (-) 40,0%
	<b>Desconhecimento dos procedimentos</b>	10,0%	
	<b>Hesitações</b>	20,0%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	
<b>Eficácia dos Procedimentos</b>	<b>Adequados</b>	80,0%	(+) 90,0%
	<b>Parcialmente Adequados</b>	10,0%	(-) 10,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%
<b>Apelo à Participação</b>	<b>Garantia da informação</b>	70,0%	(+) 70,0%
	<b>Ausência de informação</b>	20,0%	(-) 30,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%
<b>Comprometimento</b>	<b>Aceitação do processo</b>	36,4%	(+) 54,5% (-) 45,5%
	<b>Rejeição do processo</b>	9,1%	
	<b>Hesitação</b>	27,3%	
	<b>Aceitação em parte</b>	18,2%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	9,1%	
<b>Mobilização para o Processo</b>	<b>Motivação e implicações de todos</b>	20,0%	(+) 40,0% (-) 60,0%
	<b>Retomar a comunicação</b>	10,0%	
	<b>Valorização externa</b>	20,0%	
	<b>Reestruturação do mapa de pessoal</b>	10,0%	
	<b>Processo automático</b>	10,0%	100,0%
	<b>Reorganização multidisciplinar das Unidades já criadas</b>	20,0%	
	<b>Não resposta</b>	10,0%	
<b>Comportamento Calculista</b>	<b>Não</b>	33,3%	(+) 58,3% (-) 41,7%
	<b>Talvez</b>	8,3%	
	<b>Sim</b>	33,3%	
	<b>Não Sabe</b>	16,7%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	8,3%	

*Tabela XII(cont.)*

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Síntese</b>
<b>Sentimento de pertença</b>	<b>Desconfiança dos trabalhadores</b>	25,0%	(+) 33,3% (-) 66,7%
	<b>Estratégia indefinida</b>	8,3%	
	<b>Relações com outras organizações</b>	8,3%	
	<b>Dificuldade em aceitar a especialização</b>	8,3%	
	<b>Não sabe</b>	8,3%	
	<b>Contexto nacional desmotivador</b>	16,7%	100,0%
	<b>Falta de capacidade instalada da estrutura física</b>	16,7%	
	<b>Não Resposta</b>	8,3%	
<b>Sinergias</b>	<b>Facilitada</b>	60,0%	(+) 60,0%
	<b>Dificultada</b>	30,0%	(-) 40,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%
<b>Enriquecimento das tarefas e competências</b>	<b>Estagnação</b>	27,3%	(+) 63,6% (-) 36,4%
	<b>Crescimento</b>	36,4%	
	<b>Hesitante</b>	27,3%	
	<b>Não resposta</b>	9,1%	100,0%
<b>Relevância das competências</b>	<b>Relevante</b>	50,0%	(+) 70,0% (-) 30,0%
	<b>Hesitantes</b>	20,0%	
	<b>Irrelevante</b>	10,0%	
	<b>Perda de relevância</b>	10,0%	100,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	
<b>Metodologia de trabalho</b>	<b>Incompatibilidade</b>	30,0%	(+) 60,0%
	<b>Compatibilidade</b>	60,0%	(-) 40,0%
	<b>Não resposta</b>	10,0%	100,0%

A percepção sobre a fusão dos Serviços cirúrgicos foi globalmente positiva para as lideranças intermédias, as dimensões onde existiram maior concordância com o processo foram nos objectivos, na comunicação do topo para a base, no planeamento e na execução do planeado. Contrariamente, onde se verificaram percepções negativas foi nos relacionamentos entre os médicos, na transmissão da informação realizada pelos líderes às suas equipas, que constituem a base, na mobilização para o processo (comprometimento) e no sentimento de pertença.

---

## **4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Ao chegar a esta fase do estudo, é importante perceber se os resultados obtidos responderam à questão de investigação inicialmente formulada de conhecer a percepção dos líderes intermédios sobre os processos de fusão hospitalar, bem como os objectivos definidos.

Foram descritos os processos de fusão hospitalar e de fusão dos serviços assistenciais, bem como analisados indicadores de resultados dos serviços. No âmbito do estudo de caso foi também realizada uma abordagem empírica através da realização de entrevistas semi-dirigidas sobre os dois processos de fusão, a líderes intermédios cirúrgicos, que foram tratadas através de uma análise de conteúdo temática. Com as entrevistas, procurou-se analisar o sentido que os entrevistados dão às práticas e acontecimentos com que se vêm confrontados, aos seus sistemas de valores, às referências normativas, às interpretações das situações e às leituras que fazem das suas experiências (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Esta análise incidiu sobre duas perspectivas, a primeira, mais macro-institucional, que decorre da junção de dois hospitais com características técnico-assistenciais, dimensões, ligação académica e cultura diferentes e que ocorreu cerca de sete anos antes, na nossa óptica caracterizada por ser um processo de mudança evolutiva segundo Olafsson (2008). A criação do CHLN permitiu desde logo unificar os serviços de apoio. Todavia os Serviços clínicos foram sendo fundidos e concentrados à medida que as lideranças antigas dos períodos de pré-fusão foram deixando a organização por motivo de aposentação.

A análise relativa à fusão que deu origem ao CHLN foi apenas parcial, tendo-se recorrido a análise documental, entrevistas aos presidentes de conselhos de administração e a entrevistas para obtenção da percepção das lideranças intermédias sobre o processo. Recorde-se que, de acordo com Appelbaum e Gandell (2003) a fusão que criou o centro hospitalar, ao tempo do estudo, já se situava claramente numa fase de pós-fusão, pelo que os sentimento dos entrevistados pareciam ser quase neutros, por vezes até substituídos pela realidade actual de fusão dos serviços, que essa sim os toca e os implica realmente.

---

Assim foi difícil interpretar algumas respostas como objectivas. Tendencialmente os conteúdos das respostas obtidas pareceram ter sido mais superficiais. Face a este contexto, foram feitas menos questões e não foram caracterizadas todas as dimensões do modelo.

Já Olafsson (2008) refere que as avaliações de resultados das fusões retrospectivas dependem da existência de informação, por outro lado, também menciona a dificuldade de avaliação num período muito próximo à realização da fusão, como é o caso da segunda parte deste estudo. Algumas das limitações de avaliação dos resultados das fusões decorrerem do facto de não serem definidos objectivos claros, e os que são, nem sempre são mensuráveis, por exemplo, melhorar a qualidade da prestação de cuidados. Para não correrem esse risco a maioria as avaliações enfocam apenas nos aspectos mensuráveis, particularmente na vertente económica. Este autor alude que a dificuldade em medir os resultados das fusões depende não só do momento em que se medem, mas também da perspectiva de quem avalia.

De acordo com a percepção dos líderes intermédios cirúrgicos, os resultados obtidos sobre a fusão hospitalar não parecem ter sido muito favoráveis, perspectiva esta que parece ser comprovada por outras investigações realizadas.

Fulop *et al.* (2002, realizam um estudo transversal sobre os processos e o impacto das fusões no NHS nos primeiros dois anos em que as mesmas ocorreram, incluindo o efeito nos custos, em hospitais de agudos, em cuidados primários e em hospitais psiquiátricos. As entidades sobredimensionadas, após a fusão, tiveram consequências negativas inesperadas. A tendência para uma organização se sobrepor a outra resultou em tensão. Não foram encontradas evidências de melhorias no recrutamento ou retenção do corpo clínico ou dos gestores.

Também Posnett (1999) nas suas conclusões questiona que maiores unidades, obtenham melhores resultados de saúde. Recorde-se que se o Hospital de Santa Maria já era uma das



---

maiores unidades hospitalares nacionais, com a agregação do Hospital de Pulido Valente, acentuou-se a sua dimensão.

Na mesma ordem de ideias Sidorov (2003) aponta que as economias de escala não resultam necessariamente nas fusões hospitalares devido à super complexidade da actividade destas organizações que obrigam a mão-de-obra intensiva e que se baseiam muito na relação médico doente, o que distorce as relações normais de mercado, de procura e oferta com implicações de localização geográfica. Nem todos os *stakeholders* assumem as fusões de igual modo, por exemplo as administrações anunciam que as mesmas se destinam à prestação de cuidados a utentes, à formação e investigação; os restantes *stakeholders*, vêem-nas como mecanismos para diminuir a competição, aumentar as quotas de mercado e obter poder de negociação.

Gaynor, Laudicella e Propper (2012) concluíram que as economias de escala obtidas são mais evidentes em pequenas unidades que em grandes. No caso de grandes hospitais, com grandes *deficits*, é muito difícil recuperá-los

Para Posnett (1999) a metodologia de avaliação sobre os resultados em saúde, com base no volume de casuística, ainda não está bem consolidada. Refere que mais importante que o grau de concentração, para a efectividade de cuidados, o que é importante é a existência de protocolos de tratamento e diagnóstico, auditorias clínicas que sejam aceites e façam parte da cultura da organização. Relativamente a esta questão, também Fulop et al. (2002, concluíram que as diferenças percebidas na cultura organizacional constituíram importantes barreiras para a coesão de uma única entidade.

Shaw (2002) que realizou um estudo sobre o efeito da fusão de dois hospitais universitários nas suas culturas organizacionais e nos seus profissionais, concluiu que a cultura organizacional é tanto uma ferramenta para os gestores introduzirem mudança, como um indicador da mudança, sendo que os hospitais são detentores de culturas fortes. As

---

percepções individuais da mudança da cultura hospitalar revelaram uma convergência lenta com clivagens abertas nas instituições.

Sidorov (2003) conclui que a questão cultural não pode ser subestimada: cada instituição tem a sua própria e imensurável história, uma rede de relações própria e importante, estilo de gestão, líderes de opinião e orgulho institucional, factores que são facilmente esquecidos em planos de negócios das fusões, mas que são determinantes para o seu sucesso. A grande lição é que os gestores de topo que se entusiasmam com as potencialidades das fusões, são os menos capazes de avaliarem objectivamente a adequação das culturas organizacionais das instituições.

Choi et al. (2011) apontam mesmo como a principal falha das fusões, a diferença cultural. Estes autores referem ainda o choque entre o manerismo e o profissionalismo. As tensões e conflitos entre os gestores administrativos e as profissões médicas estão representados nas lógicas maneristas e profissionais. Uma outra falha que apontam, prende-se com o foco dos gestores de topo na prossecução de objectivos económicos e administrativos, subvalorizando as dinâmicas internas designadamente as que decorrem da competição entre os diferentes grupos profissionais, e as externas particularmente as associadas às “agendas escondidas dos políticos”.

Das entrevistas relativas à fusão hospitalar, as lideranças intermédias cirúrgicas parecem concordar com os objectivos e propósitos estratégicos que levaram à criação do CHLN, tendo dos mesmos uma perspectiva positiva. Como objectivos mais relevantes pensam que deste tipo de mudança organizacional pode resultar o aproveitamento de sinergias institucionais, com consequentes reduções de custos. Concordam também que a fusão hospitalar pode melhorar a qualidade na prestação de cuidados assistenciais, perspectiva que parece não ir de encontro à literatura sobre a matéria.

O estudo realizado por Fulop et al. (2002) permitiu verificar que dois anos após a fusão, não foram atingidos os objectivos financeiros previstos. Concluíram assim que as

---

consequências negativas inesperadas devem ser previstas quando as fusões se encontram a ser planeadas, uma vez que o processo de fusão pode causar perturbações ao funcionamento dos serviços, que exigem grande apoio da gestão, e o seu prévio conhecimento.

Também Gaynor, Laudicella e Propper (2012) inferiram que os hospitais que se fundem, pelas suas diferenças, influenciam negativamente os desempenhos previstos na fase de pré-fusão. Concluíram que as fusões que ocorrem em mercados já concentrados, como é o caso português, têm efeitos mais negativos no bem-estar, do que as realizadas em mercados com mais competidores, tendo sido avaliada a concentração de prestadores num raio de 30Km, particularmente no que toca à actividade programada, não se verificando aumentos de produtividade nos quatro anos pós-fusão. Parece que levaram a uma redução da actividade electiva, com efeitos negativos nos tempos de espera. A redução genérica da capacidade, é um dos objectivos das fusões em Inglaterra, todavia fusões em mercados de alta concentração são pouco efectivos em obtê-la. Estes autores avaliaram o impacto das fusões num vasto conjunto de resultados, incluindo desempenho financeiro, produtividade, tempos de espera, qualidade clínica, tendo encontrado pouca evidência de ganhos. A produtividade não aumentou, mas os *deficits* financeiros aumentaram. A maioria dos indicadores de qualidade não se alteraram, a qualidade do desempenho assistencial não justificava a baixa performance obtida na área financeira. Acresce que em mercados já previamente concentrados, as fusões conduziram à redução das capacidades. Concluíram que a grande diminuição se dá nas admissões de recursos humanos comparativamente à fase de pré-fusão. Por outro lado, atribuem algum sucesso às fusões hospitalares porque politicamente são executadas em primeiro lugar as fusões mais benéficas e só depois, as que poderão vir a constituir insucesso.

O estudo de Ahgren (2008) conclui igualmente, que da percepção dos profissionais, existiram poucas melhorias ao nível da qualidade de cuidados decorrentes da fusão. Uma larga maioria de profissionais percepcionou que a concentração de hospitais tem um impacto negativo na acessibilidade aos cuidados de saúde, basicamente devido ao

---

aumento dos custos com transportes, que pode ser um problema particularmente para a população idosa e de baixos rendimentos. Mais de 10 anos após a fusão, continuaram a existir dúvidas nos profissionais sobre o benefício da fusão. Os resultados do seu estudo apontam para a necessidade de associar inter-funcionalmente o hospital aos cuidados primários de saúde na comunidade, criando assim um sistema em que diferentes actores estão ligados entre si pelas suas relações com grupos de doentes. Devido à interacção entre os diferentes prestadores são geradas sinergias. Verificou ainda que se os elementos do sistema não interagirem, o todo não será mais que o somatório das partes e a prestação de cuidados será fragmentada.

Uma outra perspectiva obtida pelas entrevistas permitiu inferir que a maioria sente que não houve da parte dos profissionais grande adesão à situação de fusão que criou o CHLN, e que os sentimentos por eles vivenciados foram sobretudo de medo e insegurança, não existindo uma definição muito clara sobre os efeitos positivos que o processo teve na vida dos profissionais.

No mesmo sentido, vão as conclusões de Olafsson (2008) que no seu estudo concluiu que as fusões fizeram diminuir a expectativas dos profissionais e que as pessoas tiveram reacções negativas. Alguns profissionais deixaram os hospitais, uns como protesto, outros, particularmente os médicos, por razões financeiras. As principais queixas das pessoas tiveram a ver com a carga de trabalho, a distância relacional com a gestão, menores níveis de comunicação, menores oportunidades de iniciativa no local de trabalho, menor nível de discussão sobre as relações de trabalho, maior preocupação com as questões orçamentais e, particularmente, exigências com o seu equilíbrio. Verificou-se um aumento da rotação de pessoal e as pessoas tiveram problemas de ajustamento e identificação com a nova organização

Também Ahgren (2008) concluiu da existência dos seguintes sentimentos no processo de fusão: conflitos, medo dos conflitos durante o processo de implementação, que podem conduzir à desmotivação e à resistência.

---

A constituição do CHLN, na percepção dos líderes intermédios cirúrgicos, parece não ter obtido a adesão dos profissionais e, que como tal, não apresentaram alinhamento com o órgão gestor. Ficaram divididos, quanto aos impactos positivos que pudesse ter trazido à sua vida profissional.

Araújo e Branco (2009) baseados na literatura, concluíram que as burocracias resistem à mudança, particularmente quando se alteram práticas e procedimentos prevalecentes. A existência de um conjunto de regras normas e rotinas que fazem parte do enquadramento institucional conferem continuidade à actuação da organização. Em regra as normas e rotinas são assimiladas pelos membros da organização e transmitidos aos novos. Esta fonte de continuidade está incorporada na cultura e é reproduzida através do código genético da organização daí que os sistemas administrativos induzam as novas estruturas a reterem antigas práticas e padrões de actuação. A continuidade das organizações parece depender da sua capacidade de estabilizarem normas, regras e procedimentos e de os transmitirem às novas gerações. Destes, existe um núcleo central que permanece relativamente imutável, no que concerne a preferências e expectativas. Através do processo de socialização as organizações comunicam aos seus membros qual a forma de conduta oportuna para cada situação. Os ajustamentos de preferências e atitudes, ainda que informais são moldados pelas estruturas institucionais. Mais apontam que a indução de mudança proveniente do exterior é recebida e adaptada pela organização de acordo com os seus padrões.

A segunda abordagem da presente análise, a fusão de Cirurgia Geral, mais abrangente, incidiu sobre um processo de mudança radical subsequente, que visou a fusão de Serviços cirúrgicos de natureza técnica semelhante, mas de instituições com culturas diferentes, a ocorrer durante o tempo deste estudo.

Para o enquadramento deste processo de fusão foi elaborada a sua descrição, tendo por base a observação participante, o contributo de médicos dos serviços e do seu director e análise documental. Por outro lado, para uma compreensão mais factual e precisa, foi

---

elaborada uma análise de indicadores assistenciais e de custos, sobre os Serviços Cirúrgicos que foram alvo de fusão.

Como se deduz pelos resultados obtidos nos dados quantitativos, parece não se ter verificado o incremento da eficiência e produtividade, nem redução significativa de custos. É oportuno, nesta fase explicitar algumas dificuldades com que nos deparamos nesta análise quantitativa. Os dados utilizados, foram seleccionados na medida em que são os que são apresentados à direcção de Cirurgia Geral e respectivos líderes intermédios, uma vez que, na sua maioria é sobre estes *outputs* que o Serviço pode exercer a sua actuação, quer clínica quer economicamente. Esclareça-se que não foi fácil concluir se, com a criação de um Departamento de Cirurgia Geral, e divisão em unidades funcionais foi obtido um aumento de complexidade da actividade cirúrgica, tal como seria um dos grandes objectivos iniciais, uma vez que, paralelamente em termos nacionais, foram desvalorizados os actos advenientes dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo Cirúrgicos, (unidade que caracteriza a actividade compreensiva de internamento hospitalar), induzindo desta forma a que os Serviços Cirúrgicos diminuíssem o seu índice de complexidade, por este motivo. Por outro lado, foi real a diminuição da capacidade instalada através da redução do número de camas, bem como da diminuição dos tempos de bloco operatório, recurso fundamental, destinado à realização de cirurgia convencional programada, mas cuja diminuição não foi possível determinar com rigor nesta análise e que introduziu enviesamento na leitura da informação. Também surgiram algumas dúvidas do efeito da fusão de serviços clínicos, sobre os custos com produtos farmacêuticos e material de consumo, uma vez que face ao contexto nacional, em que uma das principais metas do Ministério da Saúde para cumprir o Memorando de Entendimento com a *troika*, (Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco Central Europeu) era a redução de preços. Procedeu-se numa primeira fase à negociação de preços centralizada e, numa segunda fase, foi feita por cada organização hospitalar. Pelo que não foi possível isolar as economias que resultaram da alteração do perfil de prescrição de produtos farmacêuticos, e da utilização racional de material de consumo clínico, por normalização de utilização. Quanto à análise da informação relativa a recursos humanos, optou-se por descrever o

---

número de efectivos com o equivalente ao tempo completo, (ou seja número de médicos equivalentes a horários de 40 horas semanais), bem como ao número de horas extraordinárias realizadas em urgência, uma vez que os custos com pessoal sofreram decréscimos nos hospitais públicos como resultado das medidas governamentais impostas para o sector, que impactaram no decréscimo de custos com esta rubrica contabilística. Assim, o valor que pareceu mais objectivo de analisar, por depender da reorganização da actividade assistencial dos serviços foi o número de horas extraordinárias. Mas, mesmo destas, não foi possível retirar ilações dos efeitos directos, uma vez que os regimes de horários médicos foram alterados sendo acrescidos, passando a contemplar mais horas de trabalho no Serviço de Urgência. Pelos constrangimentos apresentados, foi complexo explicar os resultados obtidos, que não indiciam aumentos de eficiência.

Esta situação já se encontra descrita por Choi *et al.* (2011) que referem que a eficiência diminui devido a problemas de integração não previstos, levando a que seja questionada a complexa ligação entre os planos, processos e resultados das iniciativas de gestão da mudança.

Já Gaynor, Laudicella e Propper (2012) no âmbito das fusões, concluíram que houve queda da actividade assistencial, diminuição da admissão de pessoal e doentes, bem como uma redução aproximada de 11-12% ao ano de camas, ou seja, da capacidade instalada. Mencionam ainda que a quebra da actividade assistencial é superior à redução de custos, tendo havido um maior decréscimo de custos no primeiro ano, mas diminuído marginalmente nos anos seguintes. Ao avaliarem a evolução das listas de espera, demoras médias e indicadores de qualidade (taxas de mortalidade e taxas de readmissão), verificaram que nenhum destes indicadores melhorou. Concluíram que o efeito das fusões é reduzir a oferta de cuidados de saúde, que por seu turno, se associa ao decréscimo da actividade assistencial, pelo que, a fusão não parece trazer benefícios. A produtividade não parece ter aumentado, não controlou os *deficits* e não há evidência da melhoria da prestação de cuidados. Também concluíram que quanto a recursos humanos, se verificou pouca redução no pessoal médico qualificado, o que leva a escassa redução nos custos com

---

peçoal. Verificaram ainda acréscimo dos custos com gestão e com recursos a prestações de serviços externos, estes últimos significativos. Isto responde à diminuição de recursos do hospital substituídos por peçoal externo, substituem peçoal permanente por contratações temporárias. Concluíram ainda que as fusões são caras, e que resultam na deterioração financeira dos hospitais envolvidos.

Araújo e Branco (2009) no âmbito do estudo que realizaram, concluíram que a inserção de novas ferramentas gestonárias importadas pelo NPM e aplicadas ao sector público português, apresentam limitações e constrangimentos na medida em que neste sector ainda prevalecem muitas práticas associadas à burocracia. As reformas foram adoptadas em termos formais, integradas em rotinas, mas não propriamente associadas a uma real transformação da cultura burocrática.

Os sentimentos mais patentes nos profissionais sobre a fusão de Cirurgia Geral, foram a preocupação e a insegurança, perspectiva já enunciada por Olafsson (2008) que refere o estado de cepticismo e sentimentos negativos dos profissionais quanto às fusões, no que concerne às divisões estruturais e às consequências para os postos de trabalho. A reestruturação do hospital significa que muitas pessoas têm que mudar de local de trabalho e de colegas. Isto causa incerteza e leva a que a alguns profissionais sintam que são forçados a mudar e a aceitar novas condições de trabalho.

Araújo e Branco (2009) explicam que existem variados mecanismos de continuidade e persistência nas organizações, tal como os hábitos e as rotinas. Os profissionais persistem na forma de fazer, o que sempre fizeram. Apresentam relutância em alterar os processos que realizavam no passado, que por inércia praticam ainda que desvirtuados. Um outro obstáculo que mencionam para a aceitação da mudança, prende-se com o auto-interesse, as pessoas resistem às mudanças e persistem nas suas rotinas uma vez que as entendem como fonte de benefícios e de poder.



---

A percepção sobre a fusão dos Serviços Cirúrgicos foi globalmente positiva para as lideranças intermédias, as dimensões onde existiram maior concordância com o processo foram nos objectivos, na comunicação do topo para a base, no planeamento e execução do planeado. Na sua maioria perceberam que o objectivo principal que decorre deste processo de mudança é a especialização, secundado pelo aproveitamento de sinergias, e redução de custos adveniente de economias de escala.

Embora pouco frequente o sucesso das fusões, como anteriormente já foi explicitado, parecem existir excepções, tal como a descrita por Olafsson (2008) que no seu estudo, apresentou um dos casos em que se verificou o aumento de custos associados a melhor e mais cara tecnologia. Como vantagens refere que se eliminou duplicação de Serviços, constituíram-se maiores e melhores unidades clínicas comparáveis às melhores de acordo com os *standards*. Resultou na melhoria da prestação de cuidados aos doentes, aumentou a possibilidade de investigação e de realização de trabalho científico. Permitiu ainda a reorganização do trabalho, designadamente através da alteração do sistema de turnos, levando a uma substancial redução de custos associados a esta rubrica. Os líderes clínicos deixaram de ter um segundo emprego.

Na fusão de Cirurgia Geral, o principal obstáculo apontado foi a desconfiança dos trabalhadores. Outros obstáculos relevantes pareceram ser a falta de capacidade instalada de estrutura física. Esta questão do desajustamento da capacidade instalada, parece ser fundamentada, uma vez que da análise quantitativa se verificou a diminuição de recursos físicos, ou seja, decréscimo dos tempos de bloco operatório e do número de camas, mantendo-se constante o número de cirurgiões. Ainda foram citados como factor negativo o contexto nacional desmotivador, caracterizado pela contenção de custos que não permite o recurso a compensações que os médicos anteriormente já usufruíram.

Esta perspectiva foi também concluída por Olafsson (2008) que refere que, no domínio das fusões, as lideranças médicas diminuíram as oportunidades de estimular as suas equipas e que a constante situação deficitária leva a más condições de trabalho, conduzindo a que os

---

profissionais mais competentes saiam do hospital. As pessoas sentem que a exigência do corte de custos é uma ameaça ao ambiente de trabalho, e à manutenção da qualidade de cuidados.

Na fusão de Cirurgia Geral, uma outra vertente analisada, prendeu-se com os processos de comunicação do topo para a base, ou seja, do Director do Departamento para os coordenadores das unidades funcionais e restantes médicos, que parece ter decorrido de forma satisfatória, tendo sido utilizadas as vias formais (reunião) e informais (diversidade de contactos pessoais), onde foram explicados os procedimentos de reorganização, o que globalmente permitiu a participação e integração dos médicos no processo. Recorde-se que, de acordo com a definição de liderança intermédia de Carney (2006) o Director do Departamento é um líder intermédio, que reporta ao órgão gestor.

Quanto à comunicação das lideranças intermédias que coordenam directamente os operacionais médicos, foi percepcionado não ter funcionado tão bem, situação que parece contrariar a literatura. De acordo com Valentino (2004) quando as organizações se fundem, os líderes intermédios têm o papel de agentes de mudança, de promover o sentido, de unificar e de transmitir a cultura da organização. Este processo é complexo porque têm que se integrar profundamente na cultura da nova entidade, nas suas necessidades, processos, e no conhecimento dos profissionais, tudo num curto período de tempo e conjugando todas as variáveis. Deverá contudo atentar-se para o facto, de no presente caso, as equipas cirúrgicas terem sido reestruturadas, e as relações informais terem sido alteradas, prejudicando este segundo nível de líderes intermédios as suas capacidades de comunicadores e terapeutas, tal como caracterizados por Carney (2006) uma vez que não tinham um histórico de proximidade com todos os elementos das suas equipas. Levanta-se a dúvida sobre esta percepção relativa ao processo de comunicação, já que eventualmente no momento de transmitir a realização da fusão de Serviços, a liderança intermédia não tivesse tido um papel eficaz junto da base. Decorrente da observação participante da investigadora, a eficácia da comunicação destes líderes pareceu ter ganho significado,

---

produzido os seus efeitos e contribuído para um normal funcionamento das unidades funcionais em que se encontra estruturada à data Cirurgia Geral.

Os líderes intermédios aderiram maioritariamente à fusão dos serviços e pareceram estar alinhados com a hierarquia. Houve comprometimento e sentimento de inclusão com o projecto, e compromisso nas actividades das chefias intermédias. Quanto maior é a percepção de fazer parte da equipa alargada e empenhada, maior o grau de adesão ao projecto e compromisso de desenvolver o alinhamento pessoal e o envolvimento com o modo de liderar a criação das equipas coesas e inclusivas.

Já quanto às bases operacionais, o seu posicionamento não se depreende tão positivo, uma vez que foram transmitidos sentimentos de preocupação e negatividade, o que vem de encontro ao descrito por Shaw (2002) que enunciou que mesmo que a fusão seja desejada, os médicos sentem incertezas, sentimentos de perda e desencantamento.

Esta perspectiva é coerente com os resultados obtidos sobre o espírito de equipa e o seu comprometimento com este processo, no sentido de não revelarem um total alinhamento. Até porque, é também percepção dos líderes intermédios, que não houve melhoria nos relacionamentos entre os médicos que compunham os Serviços que integram o Departamento de Cirurgia Geral. Choi et al. (2011) já tinham concluído que em fusões institucionais radicais, o grau de conflitos é elevado.

Já Sidorov (2003) num estudo descritivo realizado sobre a fusão entre um hospital universitário e um sistema de saúde, diagnostica as principais causas de falha, referindo a existência de problemas nos sectores não clínicos, sendo que os mais graves, ocorreram quando se tentaram integrar os sectores assistenciais altamente especializados e lucrativos, como seja, por exemplo, o Serviço de Ortopedia. Verificou oposição às lideranças pelos diferentes *lobbies* profissionais que se tinham manifestado contra a fusão; o perpetuar da duplicação de serviços especializados, tendo-se deteriorado os programas clínicos com a competição; manifestavam-se abertamente os conflitos de interesses em

---

reuniões, e ao mais elevado nível, designadamente junto das administrações de topo; a liderança intermédia não interiorizou o espírito da fusão mantendo-se fiel à hierarquia da sua instituição de origem, manifestando-se das seguintes formas - atrasos, resistência passiva, manipulação dos colegas, *bullying* aos oponentes, valorização dos conflitos de interesses, ao invés de se dedicarem ao interesse do serviço. Mantiveram-se as ineficiências, não se obtendo redução de custos, os Serviços competiam entre si procurando especializar-se individualmente e não de forma integrada. A consternação transformou-se em raiva quando os médicos foram obrigados a tomar consciência dos custos. Os utentes e os médicos mantiveram as suas lealdades locais, sem interagirem em rede. Os departamentos clínicos das duas instituições mantiveram-se muito autónomos.

Igualmente Ahgren (2008) em cujo estudo esta perspectiva é abordada, conclui ser difícil substituir a fragmentação por integração, devido a pressões desintegrativas de ordem cultural e clínica. A importância destas condições varia de organização para organização, dependendo do seu contexto. Contudo, os obstáculos culturais, tal como a resistência entre profissionais, torna difícil o desenvolvimento e a partilha de valores comuns.

Embora os coordenadores das unidades funcionais actuem no terreno e conheçam a cultura organizacional, particularmente a destes Serviços, não parecem ter sido pragmáticos a apontar soluções para a consolidação desta fusão. Esta perspectiva foi estudada por Sharyan e Jimmieson (2006) que definiram a incerteza experienciada pelas lideranças intermédias e identificaram os factores que a facilitam ou inibem. A sua asserção é que os líderes intermédios podem dar uma contribuição positiva para a mudança, como facilitadores da comunicação entre o topo e as bases. Concluíram que, para o sucesso do seu papel têm necessidade: de conhecer o desenho da mudança, estar em comunicação com a liderança de topo e estar em interacção com os seus pares.

Ahgren (2008) no seu estudo, associa a mudança a algo que decorre associado ao pragmatismo, e não apenas ao planeamento. Uma forma de obter bons resultados é transformar a estratégia e criar potencial através da mudança da base para o topo, com o

---

envolvimento dos profissionais, e não só com o órgão de topo, conclui que esta condição é determinante para o desenvolvimento integrado de cuidados. A integração entre duas unidades de saúde deve ser facilitada sem sacrificar a necessidade de diferenciação, que descreve como o número de diferentes serviços existentes no hospital. Assim, algumas unidades devem ser totalmente integradas, enquanto com outras pode ser suficiente encontrarem-se formas de colaboração. De acordo com esta lógica, um elevado nível de diferenciação exige integração. A prestação de cuidados de saúde é uma área altamente diferenciada em termos organizacionais, relativamente ao seu contexto clínico e cultural.

Tal como já descrito sobre as organizações caracterizadas por serem burocracias profissionais, como é o caso do CHLN, pareceu ter-se obtido convergência de opinião em que existia compatibilidade na metodologia de trabalho nos serviços fundidos. Rodrigues (2011) refere que estas organizações assentam a sua eficácia de funcionamento nas competências dos seus operacionais, que são profissionais. Os mecanismos de coordenação que utilizam apoiam-se na standardização das qualificações e nos parâmetros de concepção que pré-determinam o que deve ser feito, fundados num processo moroso de formação e socialização dos profissionais que conduzem à interiorização de normas, as quais são em grande parte elaboradas fora da estrutura organizacional, nomeadamente em associações profissionais e nas Ordens respectivas. Enquanto a Administração tradicional é fundada sobre a autoridade da posição hierárquica, a burocracia profissional realça a importância do poder das competências. O profissional tende a identificar-se mais com a profissão do que com a organização onde a pratica.

Uma outra vertente de relevância prende-se com o impacto que a fusão hospitalar tem na carreira dos médicos, não havendo evidência que as lideranças intermédias sentissem benefício sobre isso. Contudo, em termos de enriquecimento e relevância das suas competências, transpareceram expectativas positivas, uma vez que alguns deles oficializaram posições de liderança quando foram designados como coordenadores das unidades funcionais. Tecnicamente expressaram também que podem potenciar os seus conhecimentos e práticas na sequência de uma especialização e segmentação de tarefas.

Como síntese procurou-se comparar o modelo de análise inicial e os resultados obtidos com as entrevistas, mas apenas para a fusão de Serviços assistenciais, onde se aprofundou a análise.

**Tabela XIII- Modelo de Valentino Comparado com os Resultados Empíricos da Fusão de Serviços**

<b>Competências de Bennis/ Etapas de Schein</b>	<b>Resultados de Fusão de Serviços</b>
<b>Competências de Bennis</b> Liderar transmitindo a visão <b>Etapas de Schein</b> Introduzir uma visão positiva Criar grupos interdepartamentais e equipas matriciais.	<b>Perspectiva da nova visão</b> Concordância com os objectivos fixados, embora fosse percebida fraca mobilização para o processo e pouco sentimento de pertença
<b>Competências de Bennis</b> Liderar com sentido <b>Etapas de Schein</b> Formar e dar <i>feedback</i> . Desenvolver um papel positivo.	<b>Perspectiva do processo e sua comunicação</b> Comunicação que permitiu aos intervenientes compreenderem e concordarem com a planificação da acção e com os procedimentos propostos
<b>Competências de Bennis</b> Liderar gerando confiança <b>Etapas de Schein</b> Facultar oportunidades de formação. Criar o sentido da mudança e de auto-aprendizagem. Apoiar e dinamizar grupos.	<b>Perspectiva face ao futuro</b> Parece existir uma perspectiva positiva quanto à consolidação das lideranças, e das expectativas profissionais, com enriquecimento de tarefas e relevância das competências
<b>Competências de Bennis</b> Liderar apelando à autogestão <b>Etapas de Schein</b> Alinhar as organizações com as novas formas de trabalhar e pensar	<b>Perspectiva de interacção e participação</b> Não foi conclusiva a perspectiva de apelo à participação e mobilização para o processo, bem como não se verificou uma melhoria das relações entre os profissionais

---

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de oitenta do século XX, primeiro nos países da OCDE e, seguidamente nos restantes, difundiram-se as reformas decorrentes da NPM. Quase todos os governos dos países desenvolvidos, independentemente da sua orientação política, adoptaram políticas de reforma e modernização administrativa, que incidiram sobre a diminuição de custos nos serviços públicos (diminuição dos orçamentos, da dívida pública e dos impostos), e aumento da qualidade da prestação do serviço público, ou seja maior valor com menos dinheiro. Mais do que uma ideologia, o NPM é uma mistura de ideias, crenças, valores, *slogans* e narrativas políticas que se suportam num repertório prático de receitas de gestão, técnicas e instrumentos de cariz pragmático e lógico.

Os processos de fusão descritos neste estudo, são parte de estratégia de mudança enquadrada por aqueles objectivos. Apesar dos ventos de mudança e das perspectivas gestionárias introduzidas, os hospitais públicos portugueses mantêm muitas características das organizações burocráticas, particularmente de uma forma específica, a burocracia profissional, descrita por Mintzberg, caracterizada por ter um peso preponderante de classes profissionais com autonomia técnica e científica e cujos pressupostos éticos nem sempre se compadecem com formas de mudança impostas politicamente.

Ficou ainda patente ao longo desta análise, que os hospitais são organizações com culturas fortes, resultantes dos factores acima referenciados, e que pela sua própria natureza de prestação de cuidados de saúde às populações, faz delas organizações muito peculiares e extremamente complexas, quer pela multiplicidade de grupos profissionais que envolvem, quer pelos aspectos tecnológicos e científicos associados. Os hospitais de sucesso do século XXI precisam de aprender a basear-se em colaborações funcionais, que preservem

---

simultaneamente a especialização clínica, mas que permitam assegurar a integração e a diferenciação.

O caso descrito incidiu sobre a fusão de duas unidades hospitalares de características técnicas muito diferenciadas e de Serviços Cirúrgicos de naturezas semelhantes que foram fundidos. Realçou-se, a existência de culturas diferentes em cada uma das organizações e nos próprios Serviços. A questão do choque cultural num processo de fusão é um vector a relevar, e ficou patente a sua importância para o sucesso ou insucesso de um processo desta natureza, que deverá ser desde logo relevado na fase de pré-fusão, tal como descrito em estudos anteriores sobre a matéria. É importante que se conheçam as normas e os valores de modo a adaptá-los, transformá-los e conjuga-los tendo em vista uma efectiva integração e, não apenas uma agregação de instituições de carácter jurídico-legal.

As fusões e processos de mudança, profundos e radicais, na sua maioria são instituídos pelo topo e não envolvem as bases das organizações. A abordagem clássica do topo para a base, na mudança radical aplicada às instituições profissionais oferece limitações, criando-se um hiato que é necessário minimizar. De acordo com a literatura sobre a matéria, o papel das lideranças intermédias, parece ser relevante para este fim, como mediador entre o topo e a base, ou seja, compram a ideia ao topo e vendem à base levando à aceitação. São parceiros estratégicos, detectam os pontos de alavancagem e são também tradutores e intérpretes dos valores culturais. Apesar do papel relevante que podem desempenhar, têm limitações, designadamente as que decorrem da pressão emocional de que são alvo quando têm que equilibrar as diferentes lógicas institucionais.

Este estudo procurou analisar a percepção de líderes intermédios cirúrgicos sobre processos de fusão hospitalar ocorridos no Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Numa primeira abordagem colheram-se as opiniões sobre o processo de criação do CHLN enquadrada por uma situação de pós-fusão, relativamente longínqua, mas que por isso mesmo permitiu uma opinião mais desapaixonada, sendo ferida por algum esquecimento



---

de pormenores e de situações que seriam enriquecedores. A perspectiva sobre a fusão hospitalar não foi muito positiva, embora concordassem com os objectivos propostos e com a possibilidade de melhoria de cuidados de saúde, o que sobressaiu foi a insegurança e os medos que vivenciaram enquanto profissionais.

A outra vertente de análise incidiu sobre um processo de fusão de Serviços Clínicos, planeado e executado no decurso do presente estudo, cuja expressão de percepções foi naturalmente susceptível a uma carga emocional própria de intervenientes no epicentro de um processo de mudança decorrente de uma fusão major. Procurou-se com as entrevistas obter uma compreensão das ideias dos entrevistados, sobre o seu trabalho e os seus papéis nas diferentes fases da fusão. A percepção foi globalmente positiva, concordaram com os objectivos, com o planeamento e execução das acções, estavam alinhados com o órgão gestor. Julgam que o processo podia ser enriquecedor sob o ponto de vista de especialização técnica, e com isso melhorar a qualidade da prestação de cuidados. Apontaram clivagens entre as bases e referiram que, face a todas as mudanças vividas pelos médicos, foi difícil mobilizá-los para o processo.

Foi estabelecido um conjunto de objectivos aos quais se procurou responder não só através da realização das entrevistas, mas também através do relato dos acontecimentos, uma vez que a investigadora foi observadora participante no processo. Tendo em vista a triangulação da informação e o enriquecimento do estudo, analisaram-se alguns indicadores assistenciais, financeiros e de recursos humanos, dos quais resultaram algumas linhas de concordância que se enquadravam com estudos anteriores quanto à inconclusiva eficiência obtida em fusões de serviços clínicos.

Sendo as fusões hospitalares uma matéria delicada, é prudente que sejam realizadas de forma estruturada. A decisão de realizar fusões de hospitais públicos é tomada por políticos que delegam a sua operacionalização em órgãos gestores. De acordo com estudos anteriores nos processos de fusão, existe pouco investimento na comunicação aos

---

profissionais relativamente aos objectivos da fusão, o que leva, numa fase posterior, à existência de problemas na dinâmica da nova organização.

Alguns aspectos parecem ser facilitadores de processos desta natureza, designadamente uma preocupação no planeamento que contemple objectivos realistas e concretizáveis, adaptados aos contextos das organizações. Em sede de pré-fusão é importante colocar e responder a um conjunto de questões: O que é que a fusão pretende alcançar? Quanto é que a nova organização deverá custar menos? É suposto a fusão resolver problemas estruturais das antigas organizações? Sob que condições as fusões e outros processos de reorganização obtém efeitos sustentáveis? Que argumentos políticos são utilizados para justificar e legitimar as reorganizações, sob a estrutura do NPM? Quais são as consequências das reformas nos profissionais, quanto às suas carreiras, identidade profissional e culturas administrativas?

Ficou ainda patente a necessidade de uma comunicação eficaz, quer individualmente quer em grupo, e a concretização das acções planeadas de acordo com as linhas estratégicas definidas. Em sede do seu desenvolvimento, as lideranças de topo devem envolver estrategicamente os líderes intermédios, de modo a que estes compreendam e abracem o processo, transmitindo-o às bases para que retornem conhecimento relevante ao topo e assim sejam desenvolvidas estratégias ajustadas, para o cumprimento dos objectivos propostos.

Por último, refere-se que, pela complexidade da questão tratada, devido à sua abrangência e falta de estudos nacionais sobre o assunto, parece poder ser atribuído a este trabalho um cunho inovador, mas susceptível de algumas limitações. Destas limitações apontamos o facto das lideranças intermédias seleccionadas pertencerem preponderantemente a uma das unidades hospitalares e ainda o facto da investigadora apesar das cautelas científicas adoptadas exercer a sua actividade na organização e de os entrevistados terem consciência deste facto.

---

Como pistas para trabalhos futuros, parece ter interesse, estudar Cirurgia Geral no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, num período próximo, avaliando numa perspectiva de pós-fusão. Seria também interessante estudar outros Departamentos para validar se o entendimento do planeamento e implementação de fusões foi sentido de igual forma.

---

## 6.BIBLIOGRAFIA

- AHGREN, B. (2008). "Is it Better to be Big? The Reconfigurations of 21<sup>st</sup> Century Hospitals: Responses to a Hospital Merger in Sweden." *Health Policy*, 87: 92-99
- ALBARELLO, L., DIGNEFFE, F., HIERNAUX, J.P, MAROY, C, RUQUOY, D. & SAINT-GEORGES, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- APPELBAUM, S. H. & GANDELL, J.(2003). "A Cross Method of the Impact of Culture and Communications Upon a Health Care Merger." *Journal of Management Development*, 22 (5):370-409.
- APPELBAUM, S. H., FRANCOIS, F. L., TORRA, R. & SHAPIRO, B. (2007). "Mergers 101(part one): Training Managers for Communications and Leadership Challenges." *Industrial and Commercial Training*, 39(3): 128-130.
- APPELBAUM, S. H., GANDELL, J., SHAPIRO, B. & PIERRE, B. (2007). "Anatomy of a Merger: Behavior of Organization Factor and Process Throughout the pre-during post-stages (2)." *Management Decision*, 38(10): 647-684.
- ASHMOS, D. P., HUONKER, J. W., & MCDANIEL JR. R R. (1998). "Participation as a Complicating Mecahnism: the Effect of Clinical Professional and Middle Manager Participation on Hospital Performance." *HealthCare Management Review*, 23(4):1-14.
- ARAÚJO, J. F.F.E. & BRANCO, J.F.A. (2009). "Implementing Performance-Based Management in The Traditional Bureaucracy of Portugal". *Public Administration*, 87(3):557-573.

- 
- AZEVEDO, H.S.T. (2011). "Economias de Escala em Centros Hospitalares". Tese de Mestrado de Gestão de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- BALOGUN, J. & JOHNSON, G.(2004)."Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking." *Academy of Management Journal*, 47(4):523-549.
- BARDIN, L. (2011).*Análise de Conteúdo*. 4ª Ed. Lisboa: EDIÇÕES 70.
- BENTO, A. M. F. (2011). *As Etapas do Processo de Investigação: do Título às Referências Bibliográficas*. Funchal: Universidade da Madeira.
- BILHIM, J. (2009). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. 4ª Ed. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- BIRKEN, S. A., LEE, S. D. & Weiner, B:J. (2012). "Uncovering Middle Managers' Role in Healthcare Innovation Implementation." *Implementation Science*,7(28): 2-12.
- BLUMENTHAL, D. & WEISSMAN, J.(2000). "Selling Teaching Hospitals to Investor-Owned Hospital Chains: Three Case Studies." *Health Affairs*, vol ,19(2) :158-166.
- BRIDGES, W. (1986) "Managing Organizational Transitions." *Organizational Dynamics*, 15(1):24-33.
- BURKE, R. J. & EDDY W. S.N. (2011). "Hospital Restructuring and downsizing: Effects on Nursing Staff Well-Being and Perceived Hospital Functioning". *Europe's Journal of Psychology*, 1:81 -98.
- CAPLAN, R. P. (1994). "Stress, Anxiety and Depression in Hospital Consultants, General Practitioners, and Senior Health Service Managers." *British Medical Journal*, 309 :1261-1263.

- 
- CARAPETO, C. & FONSECA F.(2006). *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- CARMO, H. & FERREIRA, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. 2.ª Ed. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARNEY, M. (2006). "Understanding Organizational Culture: The Key to Successful Middle Manager Strategic Involvement in Health Care Delivery?." *Journal of Nursing Management*, 14: 23-33.
- CARVALHO, E. R. (2001). *Reengenharia na Administração Pública- Procura de Novos Modelos de Gestão*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- CHOI, S., HOLMBERG, I., LOWSTEDT, J. & BROMMELS, M. (2011). "Executive Management in Radical Change- The Case of Karolinska Hospital University." *Scandinavian Journal of Management*, 27:11-23.
- COLE, A. & EYMERI-DOUZANS, J.M. (2010). "Introduction: Administrative Reforms and Mergers in Europe- Research Questions and Empirical Challenges." *International Review of Administrative Sciences*, 76(3): 375-406.
- CONDEIXA, I. S. (2012). "Quão Eficiente é o Desempenho Hospitalar Pós-fusões? O Caso Português." Tese de dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- COUTINHO, C. P. & CHAVES, J.H.(2002). "O Estudo de Caso na Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal". *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1):221-243.
- CURRIE, G. & PROCTER, S.( 2002). "Impact of MIS/IT Upon Middle Managers: Some Evidence from NHS." *New Technology, Work and Employment*, 17:2: 102-118.

---

DIAS, D. (2008). Análise De Um Processo De Fusão De Duas Instituições Da Administração Publica. Tese de doutoramento- ISCTE-. Lisboa

Decreto-Lei n.º 284/1999 de 26 de Julho. *Diário da República I série –A N.º 172 :4683-4687*

Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de Fevereiro. *Diário da República I série. N.º 28: 4683-4687*

DAVIES, H. T.O., NUTLEY, S. M & MANNION, R. (2000). "Organisational Culture and Quality of Health Care." *Quality in HealthCare*, 9:111-119.

DIAS, D., LOPES, A. & PARREIRA, P.(2011). *Fusões e Aquisições- O Papel Central da Liderança Intermédia na Gestão do Choque de Culturas*. Lisboa: Editora RH.

DOTLICH, D. L., NOEL, J. L. & WALKER, N. (2005) "Leadership Passages: Being Part of an Acquisition or Merger". *Journal of Organizational Excellence*, Autumm:23-29.

DRANOVE, D., & LINDROOTH, R. (2003). "Hospital Consolidation and Costs: Another Look at the Evidence." *Journal of Health Economics*, 22:983-997.

EISENHARDT, K. (1989). "Building Theories from Case Study Research". *The Academy of Management Review*, 14,4:532-548

EMBERTSON, M. K. (2006). "Importance of Middle Managers in Healthcare Organizations." *Journal of Healthcare Management*, 51(4)

FULOP, N., PROTOPSALTIS, G., HUTCHINGS, A., KING, A., ALLEN, P., NORMAND, C. & WALTERS, R. (2002). "Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: MulticentreCase Study and Management Cost Analysis" *British Medical Journal*, 325 :1-7.

- 
- FULOP, N., PROTOPSALTIS, G., KING, A., ALLEN, P., HUTCHINGS, A. & NORMAND, C. (2005). "Changing Organisations: a Study of the Context and Processes of Mergers of Health Care Providers in England." *Social Science & Medicine*, 60:119-130
- GAYNOR, M., LAUDICELLA, M. & PROPPER, C.(2012). "Can Governments do it Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS." *Journal of Health Economics*, 31:528-543.
- GARSDIE, P.(1999). "Evidence Based Mergers".*British Medical Journal*, 318:345-346.
- GOODE, W. J. & HATT, P.K. (1979). *Métodos em Pesquisa Social*. 7ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- HARRISON, B. & RALPHS, D. (2001). "How Best To Organise Acute Hospital Services". *British Medical Journal*, 323 December: 1305.
- HARRISON, T. D. (2006). "Hospital Mergers: Who merges With Whom?" *Applied Economics*, 38:637-647.
- HERZIG, S. E. & JIMMIESON, N.I.(2006) "Middle Manager's Uncertainty Management During Organizational Change". *Leadership &Organization Development Journal*, 27(8):628-645.
- HO, V. & HAMILTON, B. H. (2000). "Hospitals Mergers and Acquisitions: Does Market Consolidation Harm Patients?". *Journal of Health Economics*, 19:767-791.
- HOEFSTEDE, G. (1997). *Culturas e Organizações - Compreender a Nossa Programação Mental*. Lisboa: Edições Sílabo.
- HOOD, C.(1991). "A Public Management For All Seasons". *Public Administration*, 69:3-19.



- 
- HOOD, C.(1995). "The New Management in the 1980s: Variations On a Theme". *Accounting Organizations and Society*, 20(2/3):93-109.
- HORNSBY, J. S., KURATKO, D. F. & ZAHRA, S A. (2002). "Middle Managers' Perception of the Internal Environment for Corporate Entrepreneurship: Assessing a Measurement Scale." *Journal of Business Venturing*, 17:253-273.
- KAVANAG, M. H. (2006). "The Impact of Leadership and Change Management Strategy on Organizational Culture and Individual Acceptance of Change During a Merger." *British Journal of Management*, 17: 81-103.
- KJEKSHUS, L, & Hagen, T.(2007). "Do Hospital Mergers Increase Hospital Efficiency? Evidence from a National Health Service Country." *Journal of Health Services Research & Policy*, 12 (4)230-235.
- KOECK, C. (1998). "Time For Organizational Development In Healthcare Organizations". *British Medical Journal*, 317:1267-1268.
- KRISHNAN, R. (2001). "Market Restructuring and Pricing in the Hospital Industry." *Journal of Health Economics*, 20:201-237.
- MINTZBERG, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- MITTAL, A. & JAN, P.K. (2012). "Mergers and Acquisitions Performance System: Integrated Framework for Strategy Game Card". *Global Journal of Flexible Systems Management*, 13(1).41-56.

- 
- NILSSON, K. & OLOFSSON, E. (2006). "Experiences from a Post-Acquisition Process –A Study of Middle Managers and Their Employees" Master's Thesis in Business Administration. Internationella Högskolan. Högskolan i Jönköping.
- OLAFSSON, G. A. (2008). *Merging Hospitals: Motives, Methods and Outcomes*. Master of Public Health. Nordic School of Public Health.
- PERRYMAN-STARKEY, M., RIVERS, P. A. & MUNCHUS, G.(1999) "The effects of organizational structure on hospital performance". *Health Services Management and Research*, 12 (1999) 232-245.
- PFIFFNER, J.P. (2004). *Traditional Public Administration Versus The New Public Management: Accountability versus Efficiency. Publicado em Institutionenbildung in Regierung und Verwaltung: Festschrift für Klaus König*,. DUNCKER e HUMBOLT. Berlin A Benz, H. Siedentopf, and K.P. Smmermann eds,:443-454.
- POLLIT, C.(2000). "Is the Emperor in His Underwear- An Analysis of the Impact of Public Management Reform". *Public Management*, 2(2):181-199.
- POSNET, J. (1999). "Is Bigger Better? Concentration in the Provision of Secondary Care". *British Medical Journal*, 319 :1063-1065.
- Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro. Ministério da Saúde. *Diário da República I série. N.º 10: 526-536*.
- Portaria n.º1529/2008 de 26 de Dezembro. Ministério da Saúde. *Diário da República I série. N.º 249: 9040-9044*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar – Os Cidadãos no Centro do Sistema- Os Profissionais no Centro da Mudança.Lisboa: 2011.

- 
- PREYRA, C. & PINK, G. (2006). "Scale and Scope Efficiencies Through Hospital Consolidations." *Journal of Health Economics*, 25:1049-1068.
- PROULX, D. (coord) (2006). *Management des Organisations Publiques- Théorie et Applications* . :Québec, Presses de l'Université du Québec .
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Gradiva.
- RODRIGUES, C. (2011). *Governança de Organizações Públicas em Portugal: a Emergência de Modelos Diferenciados*. Mangualde: Edições Pedagogo, 1<sup>a</sup> Edição- prefácio e posfácio – LOPES, Albino.
- ROTHMUN, M. (2013). "Surgical Leadership.". *British Journal of Surgery Society*, 100: 577-579.
- SAVOIE, D. J.(2012)."Christopher Pollit and Geert Bouckaert (2011) Public Management Reform. A Comparative Analysis- New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State". *International Review of Administrative Sciences*, 78(1)180-182.
- SHAW, J. (2002). "Tracking the Merger: the Human Experience." *Health Services Managent Research*, 15: 211-222.
- SHARYN, E. H. & JIMMIESON, N. L. (2006). "Middle Managers' Uncertainty Management During Organizational Change." *Leadership & Organization Development Journal*, 27(8) :628-645.
- SIDOROV, J. (2003). "Case Study of a Failed Merger of Hospital Systems". *Managed Care*, Novembro: 56-60.

---

SMITH, R.(2001). "How Best to Organise Acute Hospital Services.". *British Medical Journal*, 323 :245-246.

SPEHAR, I., FRICH, J. C. & KJEKSHUS, L. E. (2012). "Clinicians' Experiences of Becoming a Clinical Manager: a Qualitative Study." *Health Services Research*, 12(421).

SPREITZER, G. M. & QUINN, R. E. (1996). "Empowering Middle Managers to Be Transformational Leaders.". *Journal of Applied Behavioral Science*, 32 (3): 237-261.

TROELS, K., BOGETOFT, P. & PEDERSEN, K. M. (2010) "Potential Gains from Hospital Mergers in Denmark." *Health Care Management Science*, 13: 334-345.

VALENTINO, C. L.(2004). "The Role of Middle Managers in the Transmission and Integration of Organizational Culture." *Journal of Healthcare Management*, 49(6): 393-404

WEBER, R. A., Colin F. CAMERER.(2003). "Cultural Conflict and Merger Failure: Experimental Approach". *Management Science*, 49(4):400-415.

WEICK, K. E. & Quinn. R.E. (1999). "Organizational Change and Development". *Annual Review of Psychology*, 50:361-386.

YIN, R. (2003). *Estudo de Caso- Planejamento e Métodos*. 2ª ed. São Paulo. ARTMED-Editora S.A.

---

## **7.ANEXOS**

---

## **ANEXO I – Síntese de Estudos já Realizados**

## Estudos de Referência

Autor	Ano	Localização	Métodos	Perspectiva de Abordagem	Resultados
SHAW, J	2002	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitativo</li> <li>- Entrevistas semi-estruturadas</li> </ul>	Percepção dos efeitos da fusão, na cultura organizacional de dois hospitais e nos profissionais.	Os profissionais perceberam que as culturas dos hospitais foram convergindo lentamente, embora se abrissem algumas brechas organizativas.
FULLOP, N. (et al)	2002	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitativo</li> <li>- Entrevistas</li> <li>- Análise documental</li> <li>- Case Study</li> </ul>	Discussão de um modelo de suporte à criação de fusões baseado no planeamento da vertente de recursos humanos	Desenvolvimento de um modelo adequado à implementação de fusões .
SIDOROV, Jaan	2003	Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descritivo</li> <li>- Case study</li> </ul>	Descrição de uma situação de fusão hospitalar que não funcionou.	Foram apontados os seguintes factores como barreira à consolidação de fusões hospitalares. Programas clínicos competitivos inter-serviços; subestimação das diferenças culturais.
FULLOP, N. (et al)	2005	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitativo</li> <li>- Entrevistas em profundidade</li> <li>- Análise documental</li> </ul>	Contextos e processos que conduziram às fusões, nas seguintes dimensões: contexto; complexidade da mudança, papel da cultura organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapidez nos processos de fusão não permite acautelar a relação da organização com o meio e com os indivíduos.</li> <li>-Conhecer o processo de fusão permite antecipar as consequências e os entraves.</li> </ul>
CARNEY, M.	2006	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descritivo</li> <li>- Inquérito por questionário</li> </ul>	Avaliação da cultura como forma de influência no envolvimento estratégico das lideranças intermédias, e a sua influência para o ambiente de trabalho nas organizações.	Uma forte cultura da organização potencia um envolvimento estratégico. O envolvimento das lideranças intermédias, propicia o desenvolvimento de novas estratégias.

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Localização</b>	<b>Métodos</b>	<b>Perspectiva de Abordagem</b>	<b>Resultados</b>
KAVANAGH, M.H	2006	Austrália	- Qualitativo - Quantitativo - Estudo longitudinal	Efeitos da liderança e estratégias de gestão da mudança na aceitação da mudança cultural, provocada pelas fusões, nos profissionais.	A mudança decorre frequentemente de fusões impostas às lideranças, o que limita o sucesso de recriação da cultura da nova organização. O sucesso do processo depende da forma como os profissionais o percebem, sendo fundamental lideranças bem preparadas para conduzir a mudança.
SHARYN, E. Herzig e Nerina L. JIMMIE SON	2006	Austrália	-Qualitativo -Entrevistas	Identificação de factores facilitadores ou inibidores das lideranças intermédias perante a incerteza de gestão no processo de mudança.	A incerteza, é importante para apoiar os profissionais na transição da mudança. Os factores barreira/facilitadores da gestão da incerteza são: o desenho da mudança, a comunicação com liderança de topo e com os outros profissionais, o apoio dos pares, o conflito, e a interacção entre os pares.
OLAFSSON, Gunnar . A	2008	Suécia e Islândia	-Case Study - Fontes secundárias de documentos oficiais	Análise de dois processos de fusão em fase recente de pós-fusão	Avalia as razões para as fusões, os métodos utilizados para a sua realização e os resultados obtidos. A fusão resultante de um melhor planeamento, com objectivos ambiciosos, radical base falhou. A outra fusão menos planeada, e realizada do topo para a base, que apenas não aumentou despesa foi bem sucedida.



<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Localização</b>	<b>Métodos</b>	<b>Perspectiva de Abordagem</b>	<b>Resultados</b>
CHOI, S. et al.	2011	Suécia	-Case Study; -Fontes múltiplas de recolha de dados;	Avaliação do papel da gestão de topo na implementação de mudanças radicais no âmbito das fusões.	O sucesso da liderança em processos de mudança, assenta em níveis intermédios. Sempre que as fusões são utilizadas como ferramentas de mudança num ambiente politicamente ambíguo, a liderança fica limitada ao papel de “cordeiro pascal” dos factores inerentes ao processo de mudança.
GAYNOR, M et al.	2012	Reino Unido	-Estudo de eventos ; - Quantitativo;	Avaliação do impacto da criação de fusões hospitalares sobre a melhoria da prestação de cuidados de saúde, nas vertentes: financeira; produtividade; acesso; qualidade.	Não foi encontrada evidência de ganhos nas vertentes analisadas, pelo contrário, verificou-se uma redução da actividade assistencial. As fusões não parecem ser o modelo apropriado a aplicar a hospitais de baixo desempenho.

---

## ANEXO II – Caracterização dos Entrevistados

## Caracterização da amostra de entrevistados

N.º Entrevista	Idade	Sexo	Categoria	Cargo	Actividade Académica	Duracao/ min
B	61	M	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado/	20
C	54	M	Assistente Graduado Sem	Dir Depart	Assistent Convidado	60
D	59	M	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado	45
E	60	M	Assistente Graduado Sem	Cord. Unidd	Prof. Catedrático	0
F	52	M	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado	45
G	51	F	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado/Assistente Livre/ Membro do Cons. Pedagógico	16
H	53	M	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado	35
I	61	M	Assistente Graduado	Cord. Unidd	Assistent Convidado	30
J	62	m	Assistente Graduado Senior	Cord. Unidd	Assistent Convidado	27
L	57	M	Assistente Garduado	Cord. Unidd	Assistente Convidado30m	30

---

## ANEXO III – Roteiro de Entrevistas e Compatibilidade de Dimensões da Análise e Questões

---

## Roteiro de entrevista

1. Fusão hospitalar
  - 1.1. Se falássemos sobre o processo de fusão de hospitais, que questões lhe ocorrem?
  - 1.2. Há razões para não mexer?
  - 1.3. Se mandasse o que faria
  - 1.4. Na sua opinião quais os medos associados a um processo de fusão?
  - 1.5. Quais os entusiasmos que pode despertar?
  - 1.6. Julga que uma fusão pode tornar as organizações mais eficientes?
  - 1.7. Pode melhorar a qualidade para os doentes?
2. Fusão de Serviços Assistenciais
  - 2.1. Desde o início do processo de fusão, as relações entre os vários Serviços, estão melhores ou piores?
  - 2.2. No seu entender o que se pretende com a fusão de Serviços?
  - 2.3. Por quem lhe foi comunicada essa necessidade?
  - 2.4. A quem transmitiu essa necessidade posteriormente?
  - 2.5. Se o fez de que forma o fez?
  - 2.6. No período em que foi anunciada, concordava com a necessidade da fusão?
  - 2.7. Os seus motivos para esta concordância ou discordância eram iguais aos dos seus superiores?
  - 2.8. Como foi recebida a notícia da fusão pelos seus colaboradores e subordinados?
  - 2.9. Acha que os seus pares foram tão ou tão pouco defensores da fusão como você?
  - 2.10. Como lhe foram explicados os procedimentos para que a fusão se realizasse com sucesso?
  - 2.11. Acha que esses procedimentos forma de um modo geral seguidos?
  - 2.12. Parece-lhe que foram os procedimentos mais acertados?
  - 2.13. Acha que foi feito o necessário para manter os profissionais informados do que está acontecer no processo de fusão?
  - 2.14. É sua convicção que passou a fazer parte de uma equipa alargada e empenhada?
  - 2.15. O que julga que ainda pode ser feito para que as pessoas consolidem o processo de integração dos três Serviços?
  - 2.16. Sente que pode ter melhores oportunidades de carreira com a fusão?
  - 2.17. Na sua opinião, quais as dificuldades para esta integração de Serviços?
  - 2.18. Sente que o potencial de abrangência do novo Departamento é igual à soma das abrangências dos Serviços em separado?
  - 2.19. Sente que a fusão lhe pode trazer um aumento das suas competências?
  - 2.20. Sente que as suas competências ficam com igual relevância no contexto da fusão?
  - 2.21. Considera que os métodos de trabalho dos Serviços são compatíveis

---

## Relação Dimensões da Análise e Questões Sobre Fusão hospitalar

Dimensão da análise	Questões
<b>Objectivos/propósitos estratégicos</b>	Se falássemos sobre o processo de fusão de hospitais, que questões lhe ocorrem? Expresse a sua visão
<b>Grau de Adesão das Chefias</b>	Há razões para não mexer?
<b>Alinhamento com a hierarquia</b>	Se mandasse, o que faria?
<b>Sentimentos sobre a fusão</b>	Na sua opinião quais os medos associados a um processo de fusão?
<b>Comportamento calculista</b>	Quais os entusiasmos que pode despertar?
<b>Sinergias</b>	Julga que uma fusão pode tornar as organizações mais eficientes?
<b>Melhoria de Qualidade</b>	Pode melhorar a qualidade para os doentes?

## Relação Dimensões da Análise e questões sobre Fusão de Serviços Assistenciais

Dimensão da análise	Questões
<b>Relacionamento entre serviços</b>	Desde o início do processo de fusão, as relações entre os vários Serviços, estão melhores ou piores?
<b>Objectivos/propósitos estratégicos</b>	No seu entender o que se pretende com a fusão de Serviços?
<b>Canal de Comunicação</b>	Por quem lhe foi comunicada essa necessidade?
<b>Eco da Mensagem</b>	A quem transmitiu essa necessidade posteriormente?
<b>Suporte de transmissão da informação</b>	Se o fez de que forma o fez?
<b>Grau de Adesão das chefias</b>	No período em que foi anunciada, concordava com a necessidade da fusão?
<b>Alinhamento com a hierarquia</b>	Os seus motivos para esta concordância ou discordância eram iguais aos dos seus superiores?
<b>Relação com a base operacional</b>	Como foi recebida a notícia da fusão pelos seus colaboradores e subordinados?
<b>Percepção do alinhamento dos outros pares</b>	Acha que os seus pares foram tão ou tão pouco defensores da fusão como você?
<b>Explicitação dos procedimentos</b>	Como lhe foram explicados os procedimentos para que a fusão se realizasse com sucesso?
<b>Planificação do processo</b>	Acha que esses procedimentos forma de um modo geral seguidos?
<b>Eficácia dos procedimentos</b>	Parece-lhe que foram os procedimentos mais acertados?
<b>Apelo à participação</b>	Acha que foi feito o necessário para manter os profissionais informados do que está acontecer no processo de fusão?
<b>Comprometimento</b>	É sua convicção que passou a fazer parte de uma equipa alargada e empenhada?
<b>Mobilização para o processo</b>	O que julga que ainda pode ser feito para que as pessoas consolidem o processo de integração dos três Serviços?
<b>Comportamento calculista</b>	Sente que pode ter melhores oportunidades de carreira com a fusão?
<b>Sentimento de pertença</b>	Na sua opinião, quais as dificuldades para esta integração de Serviços?
<b>Sinergias</b>	Sente que o potencial de abrangência do novo Departamento é igual à soma das abrangências dos Serviços em separado?
<b>Enriquecimento das tarefas e competências</b>	Sente que a fusão lhe pode trazer um aumento das suas competências?
<b>Relevância das competências</b>	Sente que as suas competências ficam com igual relevância no contexto da fusão?
<b>Metodologia de trabalho</b>	Considera que os métodos de trabalho dos Serviços são compatíveis

---

## ANEXO IV – Informação Quantitativa de Cirurgia Geral



## Internamento

Internamento	2010	2011	2012	2013	2014	D % 11/10	D % 12/11	D % 13/12	D % 14/13	D % 14/10
Lotação Média Praticada	145	145	138	130	98	0,00%	-4,72%	-5,91%	-24,62%	-32,41%
Doentes Saídos	6214	6087	5735	5236	3890	-2,04%	-5,78%	-8,70%	-25,71%	-37,40%
Transferências Internas	823	243	472	200	302	-70,47%	94,24%	-57,63%	51,00%	-63,30%
Dias de Internamento	41862	40479	37612	33381	26239	-3,30%	-7,08%	-11,25%	-21,40%	-37,32%
Demora Média	6,21	6,41	6,01	6,13	6,18	3,31%	-6,26%	1,97%	0,89%	-0,37%
Taxa de Ocupação	79,62	77,50	75,09	70,65	73,82	-2,67%	-3,11%	-5,92%	4,49%	-7,29%
Doentes Saídos por Cama	52,94	46,34	49,28	44,55	44,46	-12,46%	6,33%	-9,59%	-0,22%	-16,02%
Taxa de Reinternamentos < 72 horas	3,07	2,76	2,46	2,62	2,93	-10,21%	-10,92%	6,42%	-100,00%	-100,00%
Taxa de Mortalidade	1,98	1,90	1,82	1,77	1,02	-3,87%	-4,50%	-2,53%	-100,00%	-100,00%
Índice Case-Mix	1,58	1,55	1,65	1,20	1,18	-1,90%	6,13%	-27,11%	-1,60%	-25,32%
GDH's Médicos (incluindo os GDH's por Agrupar)	1289	1296	1249	1064	760	0,54%	-3,63%	-14,81%	-28,57%	-41,04%
GDH's Cirúrgicos: (incluindo os GDH's por Agrupar)	4925	4791	4486	4172	3130	-2,72%	-6,37%	-7,00%	-24,98%	-36,45%
Programados	4002	3622	3462	3175	2110	-9,50%	-4,42%	-8,29%	-33,54%	-47,28%
Urgentes	923	1169	1024	997	1020	26,65%	-12,40%	-2,64%	2,31%	10,51%

## Bloco Operatório

Bloco Operatório	2010	2011	2012	2013	2014	D % 11/10	D % 12/11	D % 13/12	D % 14/13	D % 14/10
Cirurgia Programada	5132	5143	4929	4668	3614	0,21%	-4,16%	-5,30%	-22,58%	-29,58%
Convencional	4354	4090	3794	3607	2414	-6,06%	-7,24%	-4,93%	-33,07%	-44,56%
Ambulatório	778	1053	1135	1061	1200	35,35%	7,79%	-6,52%	13,10%	54,24%
Cirurgia Urgente	1358	1459	1027	977	1151	7,44%	-29,61%	-4,87%	17,81%	-15,24%
Índice de Ambulatorização	15,16	20,47	23,03	22,73	28,03164	35,06%	12,47%	-1,29%	23,33%	84,91%

## Lista Espera Cirúrgica

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	D % 11/10	D % 12/11	D % 13/12	D % 14/13
Lista de Espera para Cirurgia (LIC)	1560	1886	1548	862	553	20,90%	-17,92%	-44,32%	-35,85%
N.º Doentes em Espera Inscritos	312	423,9	402	312	198	35,87%	-5,17%	-22,39%	-36,54%
Mediana de Tempo de Espera (em dias)	138,43	168,78	218,25	175,60	115,36	21,92%	29,30%	-19,54%	-34,30%
Tempo Médio de Espera < 150 dias					126,12				
Tempo Médio de Espera < 190 dias					4,11				
% de Doentes Prioritários Inscritos	3,08	2,60	3,62	1,28	2,2	-15,56%	39,24%	-64,72%	74,13%
% de Doentes Oncológicos em LIC > 2 meses	0,13	0,80	4,52	3,94	0,5	520,36%	468,56%	-12,77%	-87,32%
% de Doentes em LIC > 24 meses	0,13	0,80	4,52	3,94	0	520,36%	468,56%	-12,77%	-100,00%
% de Doentes em LIC > 6,75 meses	25,13	18,82	41,21	32,25	0	-25,09%	118,96%	-21,75%	-100,00%
Taxa de Resolução LIC	56,34	57,39	62,15	65,97	0	1,85%	8,30%	6,14%	-100,00%
N.º Doentes com Vales Emitidos	0	239	119	76	0	#DIV/0!	-50,21%	-36,13%	-100,00%
Total de Desconformidades	6030	6033	6036	6039	6042	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%

## Consulta Externa

Consulta Externa	2010	2011	2012	2013	2014	D % 11/10	D % 12/11	D % 13/12	D % 14/13	D % 14/10
Primeiras Consultas	10610	10742	8344	8426	8526	1,24%	-22,32%	0,98%	1,19%	-19,64%
Consultas Subsequentes	24401	24442	22477	19737	15160	0,17%	-8,04%	-12,19%	-23,19%	-37,87%
Total de Consultas	35011	35184	30821	28163	23686	0,49%	-12,40%	-8,62%	-15,90%	-32,35%
Taxa de Primeiras Consultas	30,30	30,53	27,07	29,91	36,00	0,74%	-11,33%	10,51%	20,33%	18,78%
Índice de Subsequentes	2,32	2,29	2,75	2,38	1,78	-0,94%	20,06%	-13,43%	-25,14%	-22,93%
% Consultas entre as 14h -20h	22,91	20,20	19,97	17,48		-11,80%	-1,17%	-12,48%	-100,00%	-100,00%
Consultas por Médico	617,14	517,86	418,25	345,72	222,61	-16,09%	-19,24%	-17,34%	-35,61%	-63,93%
% Consultas Não Realizadas da Responsabilidade do CHLN	0,48	0,29	0,56	0,21	0,00	-39,09%	91,86%	-61,96%	-100,00%	-100,00%

Produtos Farmacêuticos

Serviço	Área de Produção	Sub Grupo	2011	2012	2013	2014	Variação 2012 /201 1	Variação 2013 /201 2	Variação 2014 /201 3	Variação 2014 /201 1
Departamento de Cirurgia Geral	Atividade Cirúrgica	Gases	19.888,32 €	32.837,30 €	42.556,20 €	41.558,93 €	65%	30%	-2%	109%
		Medicamentos	452.119,45 €	405.194,89 €	302.539,15 €	233.544,25 €	-10%	-25%	-23%	-48%
		Reagentes	10.430,27 €	7.076,20 €	7.841,76 €	4.053,17 €	-32%	11%	-48%	-61%
	Consulta Externa	Medicamentos	162.049,74 €	121.340,57 €	67.782,29 €	29.378,04 €	-25%	-44%	-57%	-82%
		Reagentes	5.666,42 €	5.994,00 €	4.605,50 €	3.231,35 €	6%	-23%	-30%	-43%
	Internamento	Medicamentos	2.212.095,95 €	1.877.341,26 €	1.286.024,21 €	609.460,67 €	-15%	-31%	-53%	-72%
		Reagentes	17.286,58 €	15.560,92 €	14.511,62 €	9.294,31 €	-10%	-7%	-36%	-46%
TOTAL		Gases	19.888,32 €	32.837,30 €	42.556,20 €	41.558,93 €	65%	30%	-2%	109%
		Medicamentos	2.826.265,14 €	2.403.876,73 €	1.656.345,65 €	872.382,96 €	-15%	-31%	-47%	-69%
		Reagentes	33.383,26 €	28.631,12 €	26.958,89 €	16.578,83 €	-14%	-6%	-39%	-50%
Total Geral			2.879.536,73 €	2.465.345,15 €	1.725.860,74 €	930.520,72 €	-14%	-30%	-46%	-68%

## Material de Consumo

Serviço	Área de Produção	Sub Grupo	2011	2012	2013	2014	Variação 2012/ 2011	Variação 2013/ 2012	Variação 2014/ 2013	Variação 2014/ 2011
Departamento de Cirurgia Geral	Atividade Cirúrgica	Consumo Administrativo	1.401,56 €	1.579,74 €	1.678,61 €	1.425,88 €	13%	6%	-15%	2%
		Consumo Clínico	1.711.166,45 €	1.350.948,01 €	1.220.567,82 €	966.105,26 €	-21%	-10%	-21%	-44%
		Consumo Hoteleiro	11.683,98 €	9.226,09 €	13.357,69 €	5.945,62 €	-21%	45%	-55%	-49%
		Manutenção e Conservação	0,00 €	8.768,62 €	9.173,04 €	1.113,32 €		5%	-88%	
	Consulta Externa	Consumo Administrativo	24.671,75 €	23.338,95 €	29.647,02 €	13.918,64 €	-5%	27%	-53%	-44%
		Consumo Clínico	50.804,82 €	47.063,06 €	61.930,62 €	107.449,29 €	-7%	32%	73%	111%
		Consumo Hoteleiro	2.182,65 €	1.648,82 €	1.738,55 €	1.341,63 €	-24%	5%	-23%	-39%
		Manutenção e Conservação	0,00 €	415,31 €	2.703,39 €	1.090,41 €		551%	-60%	
	Internamento	Consumo Administrativo	11.562,41 €	10.522,98 €	11.704,74 €	5.777,25 €	-9%	11%	-51%	-50%
		Consumo Clínico	500.030,26 €	435.674,03 €	361.240,30 €	225.619,49 €	-13%	-17%	-38%	-55%
		Consumo Hoteleiro	46.067,46 €	42.688,78 €	38.910,06 €	25.296,08 €	-7%	-9%	-35%	-45%
		Manutenção e Conservação	0,00 €	13.308,00 €	12.384,07 €	8.197,83 €		-7%	-34%	
TOTAL		Consumo Administrativo	37.635,72 €	35.441,67 €	43.030,37 €	21.121,77 €	-6%	21%	-51%	-44%
		Consumo Clínico	2.262.001,53 €	1.833.685,10 €	1.643.738,74 €	1.299.174,04 €	-19%	-10%	-21%	-43%
		Consumo Hoteleiro	59.934,09 €	53.563,69 €	54.006,30 €	32.583,33 €	-11%	1%	-40%	-46%
		Manutenção e Conservação	0,00 €	22.491,93 €	24.260,50 €	10.401,55 €		8%	-57%	
Total Geral			2.359.571,34 €	1.945.182,39 €	1.765.035,91 €	1.363.280,68 €	-18%	-9%	-23%	-42%

---

## ANEXO V – Análise de Conteúdo das Entrevistas Semi-directivas

# Fusão Hospitalar

Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas nos Objectivos/Propósitos Estratégicos

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Objectivos/Propósitos estratégicos	Aproveitamento de Sinergias	"é que se podem rentabilizar os recursos que há materiais e humanos"	2	23,1%
		"Os objectivos são esses: melhorar a qualidade do serviço prestado e melhorar a rentabilidade dos Serviços"	1	
	Redução Despesas/Custos	"temos que concentrar recursos. Portanto, é a primeira coisa que me ocorre em termos globais, é o rácio de tratamento por hospital"	3	30,8%
		"do ponto de vista da gestão de recursos económicos é capaz de ser vantajoso"	1	
	Não Sabe	"depende do interesse dos Hospitais"	1	15,4%
		"Se se pretende fazer a fusão com algum objectivo clínico ou assistencial ou se é puro e simplesmente uma estratégia de redução de efectivos, de custos, de capacidades. Porque isso condiciona tudo, não é?"	1	
	Especialização	"é fundamental para o desenvolvimento de qualquer especialidade"	1	7,7%
	Problemático	"atropelamo-nos uns aos outros."	1	15,4%
		"Fusão, se for para benefício dos doentes, ótimo! Se for só para poupar dinheiro, nem quero pensar."	1	
	Não resposta		1	7,7%
Total			13	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas no Grau de Adesão das Chefias**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Grau de Adesão</b>	<b>Sim</b>	“Eu acho que há muitas coisas que devem ser mexidas, isto independentemente do contexto actual que é um contexto difícil e que é neste momento uma das grandes motivações para fazer isso. É provavelmente uma má motivação”	1	<b>27%</b>
		“São hospitais geograficamente próximos que eventualmente poderão ter algumas actividades complementares”	1	
		“a fusão pode permitir ganhos de eficiência e permitir extinguir determinadas áreas que não são necessárias”	1	
	<b>Não</b>	“é um Hospital emblemático com uma mentalidade muito especial, com uma organização muito especial, com umas manhas muito especiais e Santa Maria não veio beneficiar disso”	1	<b>18%</b>
		” Isto como independentes e estarem unidos só por estarem, só por dizer que é um CH, acho que não vejo grandes vantagens...”	1	
	<b>Hesitação na resposta</b>	Porque inicialmente aquilo que se pensava é que o outro... esse ia fechar... isso tinha alguma razão de ser	1	<b>45%</b>
		“Eu acho que há Serviços ou pelo menos zonas que têm que ser harmonizadas e homogeneizadas (...)toda a parte logística que não médica”(...) “Há vertentes muito específicas de determinados hospitais, que não... o outro não tem logística para as poder acompanhar em termos reais”	1	
		“E se do ponto de vista económico achei que podia haver melhorias, não notei que houvesse diferenças.”	1	
		“sim e não”	1	
		“Eu ponho em causa a necessidade do Hospital Pulido Valente, na maneira como estava a funcionar.”	1	
	<b>Não resposta</b>		1	<b>9%</b>
<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>100%</b>

Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas no Alinhamento com a Hierarquia

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Alinhamento com a hierarquia do topo	Idênticos	"Faz sentido do ponto de vista médico e técnico e se calhar fará sentido do ponto de vista económico, também, mas a minha principal preocupação é médica e técnica"	2	45%
		"sim senhor!"	2	
		"Eu procuraria a integração"	1	
	Não	"dava outro futuro ao Pulido Valente."	1	27%
		"seria contra a fusão hospitalar"	1	
		"Ou fechava tudo, que era mais lógico"	1	
	Hesitação	"provavelmente deixava-os independentes"	1	18%
		"Do ponto de vista económico, se calhar era a favor"	1	
	Não resposta		1	9%
	Total		11	100%

Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas nos Sentimentos sobre a Fusão

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Sentimentos sobre a fusão	Preocupação/ Insegurança	"As pessoas das chefias é que terão realmente algum receio"	1	55%
		"têm de certo modo algumas regalias e perde-se um bocadinho."	2	
		"não serem necessários quarenta cirurgiões e eu poder ser substituído ou ser dispensado"	1	
		"têm...várias...várias...várias configurações consoante as pessoas às quais perguntarmos. Se você perguntar à gente muito nova que está em formação, têm medo de perder as pessoas que os orientam e as oportunidades que têm de se diferenciar. Se perguntar às pessoas que estão num nível intermédio e que estão no quadro e etc. mas que são novos, vão ter medo de não poder desenvolver a sua carreira, ao terem que competir com mais gente, terem mais dificuldades em atingirem lugares de maior destaque. Se falar com as pessoas que estão mais acima, vão ter medo de perder os seus lugares de chefia, de privilégio, etc."	1	
		"não vamos ter blocos para operar, não vamos ter doentes para operar, não vamos ter, ... é medo da mudança"	1	
	Naturalidade	"Medo, acho que não há nenhum"	2	18%
	Negatividade	"se tivermos uma Instituição gigantesca, torna-se impossível de gerir. Portanto essa é uma dificuldade"	1	18%
		"Se a logística não crescer, é mais gente a competir para as mesmas capacidades instaladas."	1	
	Não resposta		1	9%
	Total		11	100%



**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas no Comportamento Calculista**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Comportamento Calculista	Não	“É uma mudança drástica no seu estilo de vida e neste caso em seus desejos concretos”	1	17%
		“Para os que mudam de Instituição, mudam de estilo de vida, claro que não”	1	
	Talvez	“Primeiro, as pessoas devem ser informadas do que é que vai ser feito e como, e mais, devesse-lhes pedir opinião, isso é absolutamente fundamental”.	1	33%
		“para mim foi indiferente, tanto me dava que houvesse fusão como não houvesse fusão”	1	
		“pode ser um desafio...”	1	
		“Para os que ficam na casa onde estavam, talvez sim”	1	
	Sim	“pode atrair oportunidades, por exemplo, as pessoas do Pulido valente ter algumas em relação à faculdade e isso...”	1	42%
		“ do pequeno para o grande sim”	1	
		“poder ser mais específica na minha actividade.”	1	
		“Portanto, o entusiasmo será de algum benefício, do ponto de vista global técnico, de avaliação multidisciplinar dos doentes”	1	
		“nova forma de trabalhar, a percepção de que podem diferenciar-se e adquirirem uma maior autoestima, até, profissional. E um maior reconhecimento pelos seus pares, dentro de portas e fora de portas do hospital. Poderem acumular casuística, acumularem experiência, irem mais longe na sua competência profissional.”	1	
	Não resposta		1	8%
Total			12	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas nas Sinergias**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Sinergias	Facilitada	“Podem, seguramente que podem...”	4	45%
		Do ponto de vista teórico, sim	1	
	Dificultada	“o aumentar pode ser prejudicial”	2	36%
		“Santa Maria não sei o que é que beneficiou da fusão com o Pulido Valente, o Pulido é que provavelmente beneficiou porque foi para uma área maior”	1	
		“Gera muitos problemas de ineficiência este tipo de fusão que, se não for feita tornando as coisas próximas e integradas, gera muita ineficiência!”	1	
	Hesitante	“Santa Maria não sei o que é que beneficiou da fusão com o Pulido Valente, o Pulido é que provavelmente beneficiou porque foi para uma área maior”	1	9%
	Não resposta		1	9%
Total			11	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas na Melhoria de Qualidade**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Melhoria de Qualidade</b>	<b>Melhores</b>	É preciso ter um determinado número de cirurgias para poder ter realmente experiência e para poder ser um centro de referência.	1	60%
		“Sim, sim. Em todas as áreas”	1	
		“melhor prestação de serviços”	4	
	<b>Sem Alterações</b>	“Eu não posso dizer isso”	1	10%
	<b>Piores</b>	“até agora não vi que houvesse melhorias, pelo contrário, os riscos são maiores no sentido é que é muita gente, é uma confusão maior”	1	20%
		“não há logística instalada para esta gente toda. Ou seja, o benefício que se pretende vai-se perder. Porque o treino, havendo gente a mais, vai diminuir necessariamente... de cada pessoa em termos unitários”	1	
	<b>Não resposta</b>		1	10%
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>100%</b>

# Fusão de Serviços Hospitalares

Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Relacionamento Inter-Serviços

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Relacionamento Inter-serviços	Melhores	"penso que até estão melhores"	2	18%
	Sem Alterações	"Acho que é exactamente igual"	1	9%
	Pacíficas	"a partir do momento que a maior parte das pessoas souberam como se iria fazer essa mudança houve uma certa acalmia"	1	9%
	Piores	"estão piores"	1	9%
	Hesitação	"muito difícil de dizer(...) Na superfície do mar estão melhores, no fundo talvez não estejam"	2	45%
		"algumas angústias, alguns motivos de insatisfação e também há o contrário, também há pessoas que estão entusiasmadas com o novo projecto";	1	
		"Não sei"	1	
		"apesar de estarem conformadas, não estão felizes"	1	
	Não resposta		1	9%
Total			11	100%

Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas dos Objectivos/ Propósitos Estratégicos

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Objectivos/Propósitos estratégicos	Aproveitamento de Sinergias	"a fusão, ao criar áreas maiores, permite que elas se organizem de um forma diferente e de uma forma que é muitíssimo mais eficaz para atingir os objetivos que nós pretendemos"	1	19%
		"melhorar a rentabilidade e melhorar a assistência"	2	
	Redução Despesas/Custos	"acabar como hospital pequeno, que tem valências iguais à do grande"	1	13%
		"Diminuir custos"	1	
	Economias/ Ganhos de Escala	"não desperdiçar recursos"	1	13%
		"gerir melhor os recursos"	1	
	Reorganizar as instituições	"mais do que a fusão propriamente dita, é a organização diferente que se consegue obter, na realidade, quando os serviços foram fundidos"	1	6%
	Especialização	"diferenciação por áreas de patologia"	6	44%
		"tem a ver com os números e com a prática, num centro de excelência como se pretende que este seja"	1	
	Não resposta		1	6%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Canal de Comunicação**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Canal de comunicação	Via formal interna	Director do Departamento pessoalmente e no conjunto em reunião	5	50%
	Meios Informais	"foi-me transmitido nos corredores"	2	40%
		"pela experiência de vida no estrangeiro"	1	
		"já não sei sinceramente quem me comunicou, soube-se..."	1	
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Eco da Mensagem**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Eco da Mensagem	Ninguém	"Não! Essa não era uma tarefa minha"	3	30%
	Colaboradores	"todos"	3	30%
	Parceiros	"mais às pessoas que estavam associadas a mim, que trabalhavam mais na minha área"	3	30%
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Suporte de Transmissão da Informação**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Suporte Transmissão da informação	Reunião	Reunião	2	37,5%
		"Todos os médicos do Departamento vieram falar à porta fechada"	1	
	Comunicação Informal	"conversa de café"	2	37,5%
		"eu falo muito com alunos e falo com internos"	1	
	Forma não discriminada	"Comuniquei que ia haver uma fusão dos Serviços,"	1	12,5%
	Não resposta		1	12,5%
Total			8	100,0%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Grau de adesão das Chefias**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Grau de Adesão	Sim	"Eu acho que sim"	7	70%
	Hesitação na resposta	"eu ainda não sei se concordo ou se não concordo"	1	20%
		"Do ponto de vista teórico, ganha-se eficácia. Teoricamente pretende-se ganhar eficácia. Do ponto de vista prático, não sei se não se perdem algumas características específicas de assistência aos doentes."	1	
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas do Alinhamento com a Hierarquia de Topo**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Alinhamento com a hierarquia do topo	Idênticos	“eu partilho a visão dele”	6	60%
	Não	Não	1	10%
	Desconhece	“Isso não sei”	2	20%
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre a relação com a base operacional**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Relação com a base operacional	Preocupação/ Insegurança	“eutranquilei-os!Para bom entendedor”	1	20%
		“aceitação, mas não houve concordância	1	
	Naturalidade	“as pessoas viram isso bem”	1	30%
		“as pessoas acabaram por aceitar”	1	
		“as pessoas já sabiam, aceitaram todas e não houve grandes problemas”	1	
	Negatividade	“cepticismo”	1	30%
		“Receio”	1	
		“Mal”	1	
	Desconhece	“Ainda não tive tempo para perceber isso”	1	10%
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre a percepção do Alinhamento dos Pares**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Percepção do alinhamento dos pares	Sim	“Pareceu-me que a ideia foi bem recebida por toda a gente”	3	36%
		“Eu penso que sim”	1	
	Em parte	“ alguns sim outros não”	1	36%
		“acredito que haja resistências”	1	
		“cepticismo, mas com sentimentos de adaptação”	1	
		“dois planos diferentes: uma coisa foi não concordar com a fusão e o modelo que foi criado, outra coisa é não concordar com as escolhas pessoais que foram feitas em relação a esse modelo.”	1	
	Hesitação	“Se calhar não”	1	18%
		“Huuuh.... Também é difícil dizer”	1	
	Não resposta		1	9%
Total			11	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Explicitação dos Procedimentos**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Explicitação dos Procedimentos	Ausência de informação	"Mas é que ninguém explicou muito isso"	1	9%
	Comunicação formal	"foi a tal conversa informal e a tal reunião com o serviço"	4	55%
		"Portanto, foi apresentado o que se pretendia fazer, e pronto"	1	
		"foi em reunião do Serviço"	1	
	Comunicação informal	"numa conversa com o Director quando nos encontramos num congresso"	3	27%
	Não resposta		1	9%
Total			11	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Planificação do Processo**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Planificação da acção	Procedimentos seguidos	Sim	6	60%
	Desconhecimento dos procedimentos	"houve ali coisa que eu não soube"	1	10%
	Hesitações	"estamos a tentar"	1	20%
		"Houve casos em que sim, foram atendidos os pedidos, e noutros não"	1	
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Eficácia dos Procedimentos**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Eficácia dos Procedimentos	Adequados	"foi um trabalho que tiro o chapéu"	1	80%
		"Pareceram-me todos os procedimentos acertados"	7	
	Parcialmente Adequados	"do ponto de vista do Director Sim, da Administração não"	1	10%
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Apelo à Participação**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Apelo à Participação	Garantia da informação	"Foi feito o necessário e está a ser feito, continua disponível para qualquer dúvida, qualquer problema"	7	70%
	Ausência de informação	Não	2	20%
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Comprometimento**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
<b>Comprometimento</b>	<b>Aceitação do processo</b>	"A minha equipa está empenhada"	4	36%
	<b>Rejeição do processo</b>	"eu acho que não"	1	9%
	<b>Hesitação</b>	" falta-me conhecer melhor o pessoal"	1	27%
		" , empenhada... cada um... cada grupo... (risos) empenhada... sei lá"	1	
		"espero que sim"	1	
	<b>Aceitação em parte</b>	"Uns Sim, outros não. Globalmente..., "	2	18%
	<b>Não resposta</b>		1	9%
<b>Total</b>			11	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Comprometimento**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
<b>Mobilização para o Processo</b>	<b>Motivação e implicações de todos</b>	"era importante tentar convencer, os profissionais que neste momento estão menos convencidos desse projecto e também é importante clarificar a postura desses profissionais"	1	20%
		"eu penso que o próximo desafio é integrar essas pessoas,"	1	
	<b>Retomar a comunicação</b>	"perguntar-lhes o que é que eles querem, sondar as pessoas ter uma conversa informal"	1	10%
	<b>Valorização externa</b>	"reconhecimento da tutela do trabalho das Unidades"	1	
		Incentivos-"não temos muitas cenouras para lhes dar."	1	20%
	<b>Reestruturação do mapa de pessoal</b>	"concordo que às vezes é preciso deslocar pessoas, ou dispensar"	1	10%
	<b>Processo automático</b>	"as pessoas com o tempo, vão ver que isto vai ter resultados positivos"	1	10%
	<b>Reorganização multidisciplinar das Unidades já criadas</b>	"Uma unidade funcional engloba não só os cirurgiões como os médicos(...) Actualmente isto ainda não funciona como tal. E eu tenho esperança que venha a acontecer"	2	20%
<b>Total</b>			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Comportamento Calculista**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
<b>Comportamento Calculista</b>	<b>Não</b>	"na minha posição penso que não"	4	33%
	<b>Talvez</b>	"A longo prazo, talvez"	1	8%
	<b>Sim</b>	Sim	3	33%
		"Havia razões históricas. Havia razões pessoais"	1	
	<b>Não Sabe</b>	"francamente não sei"	2	17%
	<b>Não resposta</b>		1	8%
<b>Total</b>			12	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Sentimento de Pertença**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Sentimento de pertença	Desconfiança dos trabalhadores	"resistência das pessoas"	1	25%
		"o problema é que as pessoas tiveram que mudar de piso"	1	
		"gestão de recursos humanos"	1	
	Estratégia indefinida	As unidades foram programadas "tudo ao molho e fé em Deus", portanto, termos camas! Anda para aí tudo à procura de doentes	1	8%
	Relações com outras organizações	"Havia razões que se prendem com o hospital estar ligado à faculdade, o que bloqueava, e bloqueia!"	1	8%
	Dificuldade em aceitar a especialização	"neste momento pedir a cirurgiões com 60 anos que deixem de fazer tudo o que faziam , ou que deixem de operar os seus doentes(...)é terrível"	1	8%
	Não sabe	"Eu não sei responder a isso"	1	8%
	Contexto nacional desmotivador	"neste momento, com a economia um bocado reduzida, acabam por ficar um bocadinho desmotivadas"	2	17%
	Falta de capacidade instalada da estrutura física	"deficits logísticos instalados"	2	17%
Total			12	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Sinergias**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Sinergias	Facilitada	"é superior"	3	60%
		"é vantajoso"	3	
	Dificultada	"Eu sinto que a minha equipa antiga produzia muito mais em complexidade(...)os recursos humanos estão a ser desperdiçados, e o hospital não deveria permitir uma coisas dessas""	1	30%
		"não eu acho que é um erro"	2	
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Enriquecimento das Tarefas e Competências**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Enriquecimento das tarefas e competências	Estagnação	"Eu acho que não"	3	27%
	Crescimento	"obriga-me a um rejuvenescimento das minhas capacidades científicas e técnicas, isso vai melhorar o meu "Skill""	4	36%
		"Traz-me é mais responsabilidade e mais trabalho e mais dores de cabeça"	1	27%
	Hesitante	"Potencialmente e a médio e longo prazo. Não neste momento, não a curto prazo"	1	
		"só se for em termos de experiências vividas"	1	
	Não resposta		1	9%
Total			11	100%



**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Relevância das Competências**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Relevância das competências</b>	<b>Relevante</b>	"Eu penso que sim"	3	<b>50%</b>
		"eu agora oficialmente sou coordenador da Unidade Funcional"	2	
	<b>Hesitantes</b>	"competência é uma coisa mais subjectiva"	1	<b>20%</b>
		"de certa forma sim"	1	
	<b>Irrelevante</b>	"o poder no seu plano máximo mantém-se"	1	<b>10%</b>
	<b>Perda de relevância</b>	"perda"	1	<b>10%</b>
<b>Total</b>			10	<b>100%</b>

**Categorias, Subcategorias, Unidades de Registo e Percentagens das Respostas sobre Metodologia de Trabalho**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo	Frequência	Percentagem
Metodologia de trabalho	Incompatibilidade	“métodos de trabalho completamente diferentes, com diferenças muito grandes de qualidade técnica”	2	30%
		“não redondo”	1	
	Compatibilidade	“Sim”	5	60%
		“A Ciência só é uma, não é? E os métodos de trabalho são mais ou menos idênticos... E isso até é enriquecedor, vir trabalhar com várias pessoas, com várias maneiras de fazer as coisas	1	
	Não resposta		1	10%
Total			10	100%